Психиатрия. Основы клинической психопатологии.

Психиатрия. Основы клинической психопатологии : учебник / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. - 3-е изд., стер. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021.

Аннотация

Учебник ставит целью обучение врачей-психиатров основам клинической психопатологии. Приоритет отдан фундаментальному клиническому подходу. Описание отдельных симптомов и синдромов построено в соответствии с изначальным происхождением того или иного термина, клинического понятия, идет от авторов, впервые описавших галлюцинации, иллюзии, сенестопатии, деперсонализацию, бред, навязчивости, сверхценные идеи и т.д.

Каждое понятие симптома и синдрома рассмотрено в его эволюционной, клинической трансформации, аспекте доказательности диагностики. Все случаи проиллюстрированы примерами из классических источников, процитированы фрагменты фундаментальных исследований по психопатологии С.С. Корсакова, С.А. Суханова, В.Х. Кандинского, Э. Крепелина, Э. Блейлера и др. Приведены доказательные истории болезней из клинической практики старых и новых классиков психиатрии. Акцент на хрестоматийность будет способствовать формированию у читателя глубоких знаний основ клинической психопатологии.

Издание предназначено клиническим ординаторам и аспирантам, обучающимся в системе высшего профессионального образования в области психиатрии, а также врачам-психиатрам, наркологам, психотерапевтам, обучающимся на факультетах дополнительного профессионального образования.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Источник KingMed.info

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ…….…….3

ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ……4

ВВЕДЕНИЕ…….……..6

Глава 1. История психиатрии и проблема психопатологической систематики…….……8

Глава 2. Основные категории психопатологии: симптом, синдром, болезнь……41

Глава 3. Понятие конституции и структуры личности……..49

Глава 4. Патология восприятия……66

Глава 5. Патология мышления (расстройства сферы ассоциаций)……..89

Глава 6. Патология эмоций (аффективности)…….……..136

Глава 7. Патология сознания…….…….165

Глава 8. Патология сферы самосознания. Деперсонализация…..……191

Глава 9. Патология эффекторных функций…….……..207

Глава 10. Патология памяти и интеллектуальной сферы…..……223

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ……245

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Источник KingMed.info

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Книга Б.Д. Цыганкова и С.А. Овсянникова «Психиатрия. Основы клинической психопатологии», изданная как учебник для вузов, представляет собой фундаментальное руководство по общей психопатологии. Построенная по типу классических изданий, она имеет особенность следовать основному принципу педагогики с опорой на данные первоисточников. Поэтому авторы опираются на историко-клинический материал, рассматривая дескриптивную психопатологию в аспекте эволюции важнейших категорий психиатрии (нарушение восприятия, мышления, эмоций, сознания, памяти и др.). Естественным для такого учебника является включение главы, посвященной истории психиатрии и эволюции проблемы систематики, которая написана в ключе эпистемологии, ярко и убедительно, с анализом основных классификационных систем, в том числе и МКБ-10. Оригинально написаны главы, посвященные аксиальным симптомокомплексам, понятию конституции в психиатрии, дефинициям темперамента и характера. Типология личности опирается на фундаментальные работы Э. Кречмера, С.А. Суханова, Т.И. Юдина. Авторы справедливо уделяют особое внимание вопросам систематики типологических форм с учетом имеющихся тенденций к гипердиагностике шизофрении и приводят ее главные диагностические критерии, сформулированные в работах С.С. Корсакова, Э. Крепелина и Э. Блейлера об «основных симптомах» эндогенного процесса. Новое в изложении авторов - расшифровка понятия «инстинкт» применительно к расстройствам личности и создание оригинальной квантификационной «шкалы инстинктов». Эта методика может быть использована при дифференциальной диагностике психопатии и шизофрении. Патология восприятия опирается на классические понятия Ж. Эскироля, Ж. Байарже и В. Кандинского, авторы дают четкое определение отличий истинных галлюцинаций от иллюзий и псевдогаллюцинаций. С целью клинических иллюстраций приводятся доказательные истории болезни из классических трудов В. Кандинского, Ж. Байарже и др. Патология мышления четко подразделяется в связи с особенностями количественных и качественных нарушений в сфере ассоциаций. Расшифрованы особенности различных типов навязчивостей, которые дифференцируются от сверхценных и бредовых идей. С этой целью в текст учебника впервые вводится клиническая работа В.М. Морозова (ученика П.Б. Ганнушкина) о сверхценных идеях (1934) как фундаментальное исследование с убедительными клиническими примерами. Очень подробно рассмотрен феномен психического автоматизма со ссылками на работу Г. Клерамбо, дается характеристика паранойяльного, параноидного, парафренного бреда, четко описаны критерии бреда воображения и его вариантов. Патология эмоций освещается с позиций классических работ Э. Блейлера с акцентом на дефиниции эмоций и аффекта. Описание депрессии характеризуется глубоким анализом всех составляющих ее элементов (И. Глятцель), то же относится и к мании. Патология сознания дается в классическом ключе в соответствии с лежащими в основе данного феномена характеристиками по К. Ясперсу и Г. Груле. Приведены подробные клинические описания онейроидных состояний с примерами из классических работ С.С. Корсакова, С. Стоянова. Онейроид при фебрильной кататонии иллюстрируется ярким наблюдением из работы Б.Д. Цыганкова. В классическом стиле описана патология сферы самосознания, авторы приводят формулировку деперсонализации, которую впервые предложили Л. Дюга и К. Мутье, акцентируя в дальнейшем внимание на современном понимании феномена деперсонализации. Аутопсихическому варианту деперсонализации противопоставляется аллопсихический тип (дереализация). Обстоятельно и достоверно описана патология эффекторных функций и мнестиче-ской сферы. Большое внимание авторы уделяют работам С.С. Корсакова, впервые описанной им фиксационной и прогрессирующей амнезии с формированием амнестического

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

(корсаковского) синдрома. Подробно описаны этапы развития органического психосиндрома и клинические особенности триады Х. Вальтера-Бюэля.

Книга Б.Д. Цыганкова и С.А. Овсянникова написана высокопрофессионально. Ее отличает выразительный и яркий язык, поэтому читатель легко воспримет даже довольно сложные разделы. Все это выделяет данный учебник в ряду современных книг подобного типа, придавая всему изданию характер «хрестоматийности». Во второе издание авторы внесли ряд существенных изменений, введя, в частности, раздел патологии речи, чрезвычайно значимый для диагностики органических заболеваний ЦНС. Учитывая ценность данного учебника, он может быть рекомендован как студентам, так и врачам-психиатрам, которые стремятся повысить свой профессиональный уровень.
Заслуженный деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии Университета Дружбы народов

М.В. Коркина

ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ

Прошел значительный период после второго издания (2009) учебника «Психиатрия. Основы клинической психопатологии».

За 11-летний период произошли радикальные изменения в системе образования врачей-психиатров и связанных с ней субспециальностей (наркологов, психотерапевтов, судебных психиатров, сексологов).

Исчезли из системы врачебного специализированного образования интернатура (одногодичное обучение), первичная переподготовка (4-месячное обучение).

Единственно возможным получением врачебной специализации стало обучение врачей по программе высшего профессионального образования в 2-годичных клинических ординатурах и 3-годичных клинических аспирантурах.

Предшествующий период показал, что приобретение специальности «Психиатрия» в более короткие сроки не позволяет обучающимся получить необходимые глубокие знания по основным разделам психиатрии, таким как общая и частная психопатология (пропедевтическая основа в психиатрии); клинические проявления психических заболеваний при определенных нозологиях в динамике; терапевтические принципы, подходы и методы терапии и реабилитации больных с психическими заболеваниями; понимание этиопатогенетических механизмов их развития; навыки обследования пациентов и ведения медицинской документации. В укороченные сроки обучения врачи практически не могли ознакомиться с разделами психиатрии, выделенными в субспециальности.

Несмотря на то что принципы создания международных классификаций психических расстройств меняются, в связи с необходимостью унификации диагностического подхода при проведении статистических, научных и социальных исследований клиническая психопатология остается фундаментом психиатрии.

Данный учебник ставит целью обучение клинических ординаторов и аспирантов по специальности «Психиатрия» основам клинической психопатологии.
Описание отдельных симптомов и синдромов строится в соответствии с изначальным происхождением того или иного термина, клинического понятия, идет от авторов, впервые их описавших.

Каждое психопатологическое состояние рассматривается в эволюционном, клинико-динамическом аспекте доказательной диагностики.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Источник KingMed.info

Хрестоматийность изложения в учебнике классической психопатологии будет способствовать формированию у обучающихся глубоких знаний основ психиатрии.

В предыдущих изданиях учебника были представлены предисловия видных отечественных психиатров, внесших огромный вклад в развитие психиатрии в целом и клинической психопатологии в частности. Авторы сочли возможным перенести в данное издание предисловия академика РАМН, заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора В.Я. Семке (2007) и заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора М.В. Коркиной (2009).

Авторы

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

ВВЕДЕНИЕ

Клиническая психопатология служит фундаментом психиатрии. Ее основы формировались в трудах исследователей, которые стали известны в науке как классики психиатрии, их определения и описания симптомов и синдромов хрестоматийны. В ряду таких ярких, талантливых ученых-врачей особое место занимают Ф. Пинель (Ph. Pinel, 1745-1826), Ж. Эскироль (J. Esquirol, 1772-1840), Ж. Фальре (J. Falret, 1794-1870) и их ученики во Франции; В. Гризингер (W. Griesin-ger, 1817-1868), К. Кальбаум (К. Kahlbaum, 1828-1899), К. Вестфаль (С. Westphal, 1833-1890), К. Вернике (С. Wernicke, 1848-1905), Э. Крепелин (Е. Kraepelin, 1856-1926), К. Ясперс (К. Jaspers, 1883-1969) в Германии; И.М. Ба-линский (1827-1902), В.Х. Кандинский (1849-1899), С.С. Корсаков (1854-1900), В.М. Бехтерев (1857-1927), С.А. Суханов (1867-1915), В.П. Осипов (1871-1947), П.Б. Ганнушкин (1875-1933), В.А. Гиляровский (1876-1959), А.В. Снежневский (1904-1987) и их последователи в России, а также другие, не менее известные и талантливые врачи-психиатры из разных стран мира. Трудами этих первопроходцев были основаны представления о клинике психических заболеваний, об особенностях психопатологических синдромов, определяющих специфику различных нозологических форм патологии. Их данные получили подтверждение и развитие в трудах последующих поколений энтузиастов науки, успешно использовались в практике врачебной работы.

Сложность психиатрии как науки, задачи которой определяются изучением патологии мозговой деятельности, чрезвычайно многообразной и сложной, естественно, затрудняет создание уровня знаний в области клинической психопатологии, который мог бы считаться абсолютно точным и полностью достоверным. С этим обстоятельством связан некий скепсис, который пока еще существует среди медиков других специальностей и в общественном сознании в отношении психиатрии. С этим связано и то, что в различных, несомненно, компетентных руководствах и справочниках по психиатрии можно встретить значительно отличающиеся друг от друга определения одних и тех же понятий, не всегда достаточно аргументированное их толкование. Такие явления могут создавать порой ложное впечатление, что в психиатрии доминирует субъективизм, не позволяющий получить точного знания. Действительно, проблема «доказательной психиатрии» чрезвычайно важна прежде всего для практики. Однако в психиатрии доказательность как раз и достигается на основании классических фундаментальных понятий, которые подтверждают существование твердо установленных истин, таких, например, как формирование «осевых»/«аксиальных», по

А. Гохе (Hoche A., 1901, 1912), синдромов, определяющих специфическую динамику экзогенных и эндогенных заболеваний, этапность и смену синдромов, что отражает прогредиентность или регредиентность болезни, а также точное определение важнейших категорий психопатологии, основного категориального аппарата психиатрии как самостоятельной науки - галлюцинаций, иллюзий, навязчивых состояний, сверхценных идей, бреда, деперсонализации и т.д. Ведь насколько точно врач-психиатр будет обозначать важнейшие понятия (симптомы, синдромы), настолько более точно можно производить правильное распознавание (определять диагноз) болезни.

Очень важно, по нашему мнению, то, что знание основ психопатологии, ее достоверного фактографического материала неотделимо от знания истории формирования важнейших клинических категорий, от знания «истоков». Поэтому принцип *ad fontes,* как мы полагаем, является естественным при изложении отдельных разделов (патология восприятия, патология мышления и др.).

При рассмотрении симптоматики душевного расстройства в психиатрии больше чем в каких-либо других областях медицины можно и нужно использовать бесценный опыт

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

прошлого. И в настоящее время мы постоянно встречаемся с симптомами, описанными Ж. Эскиролем, В. Маньяном, В. Гризингером, К. Вернике и др. Многие четко описанные симптомы [например, вербигерация, описанная К. Кальбаумом (1874) при кататонии, или симптом психической (воздушной) подушки, описанный Э. Дюпре (1900), и др.] в неизменном виде наблюдаются и в современной практике. Конечно, подобные точные данные должны лежать в основе наших знаний о болезнях психики, об особенностях их течения и исхода.

Учитывая подобное обстоятельство, мы сочли целесообразным в каждом разделе книги дать доказательный иллюстративный материал, привести истории болезней из работ классиков. Например, при описании навязчивых сомнений мы ссылаемся на историю болезни из работы Легран дю Соля, автора понятия «помешательство сомнений»

(1875) ; рассматривая псевдогаллюцинации, приводим наблюдения В.Х. Кандинского, которому и принадлежит выделение этого понятия, его дифференцирование от истинных галлюцинаций (1890). С этой же целью представлены клинически доказательные примеры из книг Ж. Байарже (1844), В. Гризингера (1881), В. Маньяна (1897), Э. Крепе-лина (1900), Р. Гауппа (1910), С.С. Корсакова (1913), выдержки из историй болезней, приведенных в свое время С.А. Сухановым (1905), С.И. Консторумом (1936), В.А. Гиляровским (1938) и многими другими авторами прошлой эпохи, а также современными исследователями: И.И. Лукомским (1964), Э.Я. Штернбергом (1967), А.А. Меграбяном (1972), Б.Д. Цыганковым (1979, 1997).

Помня о первостепенной значимости исторических основ науки, мы начинаем книгу разделом об истории психопатологии и систематике психических болезней, что чрезвычайно актуально в настоящее время, а затем излагаем основные категории семиотики.

Начало нового, XXI столетия для психиатрии знаменуется особыми историческими датами. В 2006 г. исполнилось 150 лет со дня рождения одного из патриархов психиатрии - Э. Крепелина и 130 лет со дня рождения В.А. Гиляровского, известного русского психиатра; в 2007 г. отмечались 150-летние юбилеи В.М. Бехтерева и Э. Блейлера, 100-летие со дня рождения В.М. Морозова - блестящего клинициста и ученика П.Б. Ганнушкина, много сделавшего для изучения психопатологии, другие славные даты. Поэтому мы сочли возможным кроме историй болезни, приводимых в работах этих ученых, дать некоторые фрагменты и выдержки из их сочинений. Мы посчитали важным дать с той же целью в главе 5 «Патология мышления (расстройства сферы ассоциаций)» полный текст работы В.М. Морозова (1934), посвященной сверхценным идеям и являющейся наиболее значимой в отечественной психиатрии по данному вопросу, а также ряд других фрагментов из классики (Кандинский В.Х., 1890; Блейлер Э., 1920; Кречмер Э., 1921; и др.).
При всех недостатках и издержках, свойственных любому изданию, мы надеемся, что акцент на классику и хрестоматийность может сделать работу полезной для студентов и врачей, изучающих психиатрию и работающих в клинике.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Глава 1. История психиатрии и проблема психопатологической систематики

Изучению истории психиатрии в нашей стране уделяется недостаточное внимание. Многие полагают, что эта тема второстепенна и незначима для практического врача. На самом же деле история психиатрии включает в себя полный свод знаний, как для теории, так и для практики. История психиатрии - это вся психиатрия в целом с ее категориальным аппаратом, методологией психопатологической диагностики и лечения психических заболеваний. Врач должен обладать широким спектром медицинских знаний, именно это позволяет ему клинически мыслить, что очень важно для точной диагностики.

История психиатрии рассматривает и анализирует ряд важнейших аспектов развития науки. Прежде всего, конечно, это аспект хронологический, включающий в себя знание важнейших исторических дат, определяющих этапы развития науки. В 1803 г. Й. Рейль ввел в обращение термин «психиатрия», и с тех пор в течение более чем 200 лет происходят непрерывное накопление и систематизация все новых и новых данных в области психопатологии.

В 1822 г. А. Бейль клинически обосновал выделение прогрессивного паралича как самостоятельного заболевания, что послужило стимулом для развития нозологического направления в психиатрии. То же можно сказать по поводу описанного в 1896 г. Э. Крепелином «раннего слабоумия», выделения Э. Блейлером в 1911 г. «группы шизофрений» и других открытий. Вторыой, но не менее важный - персонологический аспект, который подразумевает досконалное знание той исторической роли, которую играли в психиатрии выдающиеся врачи и ученые, определившие формирование важнейших направлений в развитии науки. Ф. Пинель известен как основоположник научной психиатрии. Он освободил психически больных от оков, уничтожив так называемый синдром цепей, что дало возможность изучать проявление психозов в естественных условиях. Именно он разработал простую и удобную классификацию психозов, впервые выделив «манию без бреда» (психопатию) и определив судебно-психиатрическую оценку этих больных. На склоне лет он стал академиком и консультантом императорского двора Наполеона I.
Его ученики и последователи: Ж. Эскироль, А. Фовиль, Ж. Фальре, Ж. Байярже, Е. Ласег и др. - развивали нозологический подход.

Неоценим вклад в науку Б. Мореля (1857), основателя концепции эндогенных психозов и ведущих принципов психогигиены. Уже в XX в. Г. Делей и П. Деникер (1957) стали пионерами психофармакологии.

В. Гризингер в Германии ввел понятие «симптомокомплекс» (синдром), описал «навязчивое мудрствование», разрабатывал концепцию «единого психоза», раскрыв общую закономерность этапной смены психопатологических синдромов при развитии психозов (1845).

Огромный вклад в психиатрическую науку внес К. Кальбаум, основоположник «психиатрии течения», описав кататонию (известную как болезнь Кальбаума, 1874) и выделив совместно со своим учеником Э. Геккером гебефрению (1871).

Русские ученые С.С. Корсаков и В.М. Бехтерев стали основателями ведущих направлений в изучении психической патологии, создателями московской и петербургской школ психиатров. Описанный С.С. Корсаковым амнестический симптомокомплекс (Корсаковский синдром, 1887) - первое научное определение органического психосиндрома, а его концепция «дизнойи» - прообраз будущего учения о шизофрении. В.Х. Кандинский в уникальной работе «О псевдогаллюцинациях» (1890) раскрыл научную сущность этого важнейшего психопатологического феномена. Впоследствии по предложению А. Эпштейна и А.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Перельмана в клиническую практику было введено понятие «синдром Кандинского-Клерамбо». Оно используется до настоящего времени для обозначения синдрома психического автоматизма. Изучение книг и публикаций крупнейших ученых - неотъемлемая часть профессиональной подготовки любого практического врача-психиатра.
Третьим и, пожалуй, наиболее значимым разделом истории психиатрии можно считать концептуальный аспект, «концептуальное направление», изучающее формирование важнейших теорий, которые объясняют сущность психических заболеваний. К ним относятся концепция эндогенных и экзогенных болезней (выделены П.Ю. Мёбиусом в 1893 г.), концепция противопоставления «органических» и «функциональных» психозов, концепция «единого психоза» и «нозологического подхода». По мере развития психиатрии менялись и направления концептуальных исследований, трансформировались подходы к их разрешению, но оставались неизменными и основополагающими «вечные», фундаментальные проблемы. К их числу прежде всего относится проблема систематики, таксономии.

Именно вопросы классификации в психиатрии в настоящее время считаются не только наиболее актуальными, но и острыми, так как они определяют ее теоретический фундамент, практическую направленность, социальную значимость, а также ближайшие и отдаленные перспективы развития как медико-социальной науки. Это и обусловило наш особый интерес к данному разделу истории психиатрии.

Здесь уместно отметить, как писал Э.Я. Штернберг, ссылаясь на известного терапевта Р. фон Креля, что «настоящая наша систематика носит на себе следы и рубцы своего исторического развития»[1]. Именно поэтому историко-клинический анализ проблемы в полной мере способствует ее раскрытию и дает возможность получить представление о глубинных процессах, лежащих в ее основе.

Систематика сама по себе это область знания, в рамках которой решаются задачи упорядоченного определенным образом обозначения и описания всей совокупности объектов, образующих некоторую сферу реального. Систематика возникает во всех науках, которые имеют дело со сложными, внутренне разветвленными и дифференцированными системами объектов: в химии, биологии, языкознании; а также в медицине как науке биологической, в том числе и в психиатрии. Систематика заболеваний, или номенклатура болезней, тесно связана с нозологией, под которой традиционно понимали раздел патологии, включающий общее учение о болезни (общая нозология), а также изучение причин (этиология), механизмов развития (патогенез) и клинические особенности отдельных болезней (частная нозология), классификацию и номенклатуру болезней. Однако нозология в этом понимании не имеет четко очерченных границ с понятием «патология». В современной медицинской литературе обычно употребляется понятие «нозологический подход», трактуемое как стремление клиницистов и представителей теоретической медицины к выделению нозологической формы, для которой характерны определенная причина, однозначный патогенез, типичные внешние клинические проявления и специфические структурные нарушения в органах и тканях.

В 1761 г. Дж. Морганьи[2] выделил лихорадки, хирургические (внешние) болезни и заболевания отдельных органов, положив начало научной нозологии.

[1] *Штернберг Э.Я.* Учение о едином психозе в прошлом и настоящем // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1973. - Т. 73, вып. 9. - С. 1403.

[2] *Morgagni G.* De sedibus et causis morborum indagatis. - Venet, 1761.

Успехи патологической анатомии, неразрывно связанные с работами Р. Вирхова, и бактериологии (Л. Пастер) позволили развить морфологическое и этиологическое направления диагностики и дать органно-локалистическую классификацию болезней,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

например для клинической терапии. Однако «линейный» принцип: одна причина дает одинаковую болезнь, как показал И.В. Давыдовский[3], оправдывается не во всех случаях.

Были обнаружены бациллоносители, остававшиеся всю жизнь (как это ни парадоксально) здоровыми; различные симптомы, течение и исход болезни у лиц, зараженных одним и тем же возбудителем, и наоборот, одинаковое проявление патологии, обусловленной совершенно разными причинами, - так называемая эквифинальность.
Такие сложные взаимоотношения между этиологическими факторами, патогенетическими механизмами и клиническими проявлениями характерны для психических расстройств, что создает особые трудности при решении проблемы систематики, классификации и диагностики.

Трудности классификации болезней вообще и в психиатрии в частности отмечает R. Kendell: «...Мигрень и большинство психических заболеваний - суть клинические синдромы, констелляции симптомов, по Т. Сиденгаму. Митральный стеноз и холецистит выделяются исходя из патофизиологических особенностей. Опухоли всех видов систематизируют, руководствуясь гистологическими данными.

Туберкулез и сифилис - на основе бактериологических данных. Порфирия - на основе биохимических исследований. Миастения гравис - на основании физиологического расстройства функций; болезнь Дауна - особенностей хромосом. Классификация болезней похожа на старый дом, меблировка которого состоит из новой пластиковой мебели, стекла при сохранении комодов времен Тюдора и кресел Викторианской эпохи»[4].

Историческое развитие психиатрии показывает, что по мере накопления знаний о клинике и течении различных видов патологии, уточнения причин возникновения основных психопатологических симпто-мокомплексов, определения их клинических границ менялось представление о сущности заболеваний, а также подходы к их систематике, что трансформировало и номенклатуру психозов.

[3] *Давыдовский И.В.* Проблемы причинности в медицине (этиология). - М.: Медгиз, 1962. - С. 176.

[4] *Kendell R.E.* Die Diagnose in der Psychiatrie. - Stuttgart, 1978. - P. 21.

Прогресс в разрешении проблемы систематики и нозологии в психиатрии отражает общий прогресс биологии и медицины, что связано как с углублением клинико-психопатологических исследований, так и с современными достижениями смежных наук - психологии, биологии, генетики и прежде всего молекулярной генетики. Это свидетельствует, что при анализе рассматриваемой в нашем исследовании проблемы историко-клинический подход реализуется в ключе эпистемологии, в русле методов науковедческого характера (Морозов В.М., Овсянников С.А., 1995). Действительно, расшифровка механизмов формирования многих клинических картин требует более точных методов параклинического исследования, которые дают возможность визуализации деятельности мозга, сложных семейно-генетических исследований, молекулярно-генетической диагностики.

В настоящее время успешно решена задача расшифровки генома человека; последняя декада XX столетия, объявленная ВОЗ «декадой мозга», стала заключительным, финальным, этапом в этом отношении - теперь все, что касается «анатомии» генома, изучено в полном объеме.

Тем не менее всестороннее представление о динамике и настоящем состоянии проблемы систематики, ее перспективах нельзя получить без историко-эпистемологического анализа, без детального рассмотрения того, как на разных

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

этапах развития психиатрии, начиная с античности, а в последующем через эпоху Средневековья, блистательные периоды Возрождения и Просвещения происходили формирование и становление взглядов на проблемы психопатологии, систематики и нозологии, как менялись основные парадигмы научной психиатрии, в центре которой неизменно оставались вопросы уточнения отдельных заболеваний, разделения нозологических единиц; как нозологическое направление развивалось параллельно с симптомологическим, как решались проблемы общего (нозология) и частного (симптоматология) в науке.

1.1. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ В АНТИЧНОСТИ. ТЕРМИНОЛОГИЯ.

ПОПЫТКИ СИСТЕМАТИЗАЦИИ

В медицине Античности, в период от V в. до н.э. вплоть до V в. н.э., психиатрии как самостоятельной науки еще не существовало, но проявления душевных заболеваний уже были известны. Эти расстройства с интересом изучались врачами Античности, многие из которых также были знаменитыми философами (Эмпедокл, Аристотель, Теофраст, Демокрит и др.).
Что касается вопросов систематизации в психиатрии Античности, т.е. в пору глубокой древности, началась горячая полемика между двумя направлениями изучения болезней относительно их классификации, между двумя различными школами.

Одно из этих направлений формировалось в работах ученых Книдской школы, продолжавшей традицию вавилонских и египетских врачей (Эврифон, Ктезий и др.). Эврифон и Ктезий были современниками Гиппократа. Эврифон в течение 7 лет находился в плену у персов, впоследствии стал любимцем Артаксеркса Мнемона и был послан им в качестве посла к грекам. Ктезий, родственник Гиппократа, также жил при персидском дворе и был известен своим современникам историческими описаниями Персии и Индии, отрывки которых сохранились у Фотиуса. Об основных положениях Книдской школы известно немного, однако именно ее представители выделяли комплексы болезненных симптомов и описывали их как отдельные болезни, причем слишком тщательно различали отдельные болезненные формы органов. Врачи, ученые Книдской школы, отстаивали необходимость наименования болезней, и в этом отношении они достигли определенных результатов. Как отмечает Г. Гезер[5], последователи Книда описали, например, 7 видов заболевания желчи, 12 видов заболевания мочевого пузыря, 3 вида чахотки, 4 вида болезней почек и др. Таким образом, на первый план ставился диагноз болезни, большое значение придавалось самостоятельности заболевания.

История Косской школы связана прежде всего с именем Гиппократа (V в. до н.э.), который работал во времена Перикла в Афинах. Гиппократ вполне заслуженно считается «отцом» клинической медицины, так как первым стал утверждать, что болезни не есть

[5] *Гезер Г.* Основы истории медицины. - Казань, 1890. - С. 18-20.

порождение «зла», а происходят от конкретных естественных причин. В отличие от представителей Книдской школы Гиппократ сосредоточил основное внимание не на диагнозе болезни, а на ее прогнозе. Он выступил как яростный и непримиримый критик Книдской школы, ее стремления дробить болезни и ставить разнообразные диагнозы. Для Гиппократа более важным было не название болезни, а общее состояние каждого отдельного больного, которое должно быть изучено во всех деталях; именно это сделает возможным, по его утверждению, правильный прогноз заболевания.

Высокую степень развития в сочинениях Гиппократа обнаруживает психиатрия. По его мнению, душевные болезни производятся исключительно телесными причинами и

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

ставятся в зависимость от заболевания мозга. Во всяком случае телесные болезни, связанные с помешательством (например, френит, истерия, эпилепсия), нередко отличаются от душевных болезней в общем смысле. Гиппократ и его последователи различали главным образом 2 основные формы помешательства: меланхолию и манию. Как полагают многие историки медицины, эти названия заболеваний были известны еще до Гиппократа и сохранились до настоящего времени. Под меланхолией (от греч. *melas* - черный и *chole* - желчь) понимали все формы помешательства, происходящие от избытка черной желчи; между ними и сумасшествие в самом прямом смысле. Таким же образом «мания» (с греч. *mania* - неистовствовать, предугадывать, прорицать) обозначала вообще сумасшествие. Термином «френит» обозначались острые болезни, протекающие при нарушении деятельности мозга, происходящие на фоне лихорадки, часто «с хватанием мушек и малым частым пульсом»[6].

В клинических случаях, представленных в гиппократовском сборнике, даны описания больных, страдающих манией и меланхолией. Клиническая наблюдательность Гиппократа не оставила без внимания такой факт: у одного и того же больного попеременно наблюдались то состояния мании, то приступы меланхолии. Однако он не делал выводов о том, что эти приступы суть одной и той же болезни, при которой возникают полярно противоположные расстройства настроения. В то же время он стал использовать различные обозначения для определения помешательства с бредом. В связи с этим один из авторитетных исследователей творчества Гиппократа французский историк А. Демар считает, что основатель медицины впервые разработал номенклатуру бредовых состояний. Гиппократ среди них выделял такие, как «парафронейн»

[6] *Гиппократ.* Избранные книги. - М.: Сварог, 1994. - С. 361.

(бред вообще), «паракронейн» (галлюцинировать, сильная степень бреда), «паралерейн» (бредить, говорить бессвязные речи), «парале-гейн» (заговариваться, меньшая степень бреда), - эти типы упоминаются в книге гиппократовского сборника «Эпидемии»[7].

При сравнении древнеантичного термина Гиппократа «паралегейн» с современным термином «паралогическое мышление» мы увидим, что Гиппократ, по-видимому, описывал те же характерные для бредовых больных расстройства мышления и речи, которые наблюдаются и сегодня в нашей практике.

Особой заслугой Гиппократа является расшифровка сущности «священной болезни», или эпилепсии. Он писал так: «Относительно болезни, называемой священною, дело обстоит таким образом: насколько мне кажется, она ни божественнее, ни более священна, чем другие, но имеет такую же природу происхождения, какую и прочие болезни».

Там же Гиппократ отмечал отдельные «психические отклонения» при эпилепсии, которые похожи на безумие у других больных, а именно то, что «эти больные иногда во сне рыдают и кричат, другие задыхаются, иные соскакивают с постели и бегут вон, и бродят, пока их не разбудят, а потом здоровы, как и прежде, в рассудке, но бледны и слабы; и это не один раз с ними бывает, а часто». Он делает очень ценные замечания по поводу происхождения эпилепсии, полагая, что болезнь ведет начало, как и все другие, по наследству: ибо «если от флегматика рождается флегматик, от желчного - желчный, от чахоточного - чахоточный... то что препятствует для этой болезни, если одержимы были ею отец и мать, появиться у кого-либо из потомков? ?В самом деле, - размышляет автор, - так как рождение происходит от всех частей тела, то от здоровых оно будет здоровое, а от болезненных - болезненное"».
Кроме того, по Гиппократу, есть еще другое великое доказательство, что эта болезнь нисколько не божественнее прочих, а именно, что эпилепсия «является у флегматика

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

по природе, а у желчных совершенно не случается. А между тем, если бы она была божественнее других, должно было бы, чтобы она случалась одинаково у всех и не делала бы различия между желчными и флегматиками». Причина же этой болезни, как писал Гиппократ, есть мозг. Чаще болезнь, полагает «отец медицины», начинается в детском возрасте, тогда прогноз ее хуже, многие из таких детей умирают: «...те, кто заболевает после 20 лет, имеют лучший прогноз, они предчувствуют припадок и поэтому убегают от взора человеческого и спешат домой, если это близко, в противном случае -

[7] *Гиппократ.* Избранные книги. - М. : Сварог, 1994. - С. 495-499.

в уединенное место. И это они делают, стыдясь своей болезни, а не от страха перед божеством, как думает большинство. Но дети сначала, вследствие непривычки, падают, где придется; когда же чаще поражаются болезнью, то, предчувствуя ее, бегут к матерям вследствие боязни и страха болезни, ибо стыда они еще не чувствуют».

Мнение Гиппократа о чрезмерной влажности мозга при эпилепсии и чрезмерной сухости при других психозах основывалось на существовавшем в то время учении о соках организма, их правильном («кразия») или неправильном («дискразия») смешении. Учение о «кразе» - основа учения о темпераментах, и уже Гиппократ упоминает не только о болезни меланхолии, но и о меланхолическом темпераменте. Меланхолики отличаются преобладанием робости, грусти, молчаливости. На почве этого темперамента нередко возникает и болезнь: «если чувство страха или малодушия продолжается слишком долго, то это указывает на появление меланхолии. Страх и печаль, если они долго длятся и не вызваны житейскими причинами, происходят от черной желчи»[8]. «Тихие» помешательства также были известны Гиппократу. В.П. Осипов обращает особое внимание на то, что Гиппократ не только интересовался «буйными» расстройствами психики с бредом, возбуждением (мания), но и впервые употребил термин «гипомайномоной» для обозначения «спокойного» помешательства, в котором преобладают стремление к уединению, неразговорчивость, страхи и грусть. Такие заболевания в последующем сформировали область малой, «пограничной» психиатрии, а ее истоки мы находим в медицине и философии античности[9].
Точно так же и Сократ, как об этом писал его ученик Ксенофонт, отделял состояния, которые он обозначал как «мегалопаранойю», от состояний, терминологически обозначенных им «микрондиамар-танейн»[10]. Паранойя чаще рассматривалась как один из типов «тихого» помешательства, еще Пифагор (VI в. до н.э.) противопоставлял паранойе, как состоянию болезненному, дианойю, как состояние здорового ума.

Но, безусловно, и медики, и философы, и историки времен Античности прежде всего обращали пристальное внимание на острые проявления безумия.

В этом смысле особенно интересны высказывания Геродота, современника Гиппократа, родоначальника исторической науки, который

[8] *Каннабих Ю.В.* История психиатрии. - М., 1929. - С. 34.

[9] *Осипов В.П.* Курс общего учения о душевных болезнях. - Берлин, 1923.

[10] *Ксенофонт.* Меморабилии. - СПб., 1883.

описывал случаи психического заболевания (именно слово «заболевание» он использовал в своей книге) у спартанского царя Клеомена: «Спартанский царь Клеомен после утомительного путешествия вернулся в Спарту и заболел помешательством. Впрочем, он и раньше не совсем был в здравом уме - каждый раз при встрече с кем-нибудь из спартанцев он бросал им в лицо палку. Ввиду такого

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

поведения родственники посадили Клеомена в колодки, как помешанного. Находясь в заключении, он заметил однажды, что страж при нем остался один и потребовал у него меч: тот сначала отказался, но Клеомен стал угрожать ему наказанием впоследствии, и под страхом угроз страж подал ему меч. Взявши меч в руки, царь стал изрезывать себя в полосы, начиная с бедер, а именно он резал на себе кожу в длину от бедер до живота и поясницы, пока не дошел до желудка, который тоже изрезал в узкие полоски и так умер»[11]. Причину такого помешательства, по Геродоту, называли сами спартанцы, которые прекрасно знали все обстоятельства жизни царя: при каждом приеме иностранных послов и по всякому поводу вообще он неумеренно пил неразбавленное вино, так что Клеомен заболел от пьянства. Это свидетельствует, что древние эллины отмечали силу внешних (экзогенных), в частности алкогольных, факторов, способных вызвать помешательство.
У Геродота мы находим сведения о другом больном, который страдал эпилепсией и характеризовался крайней жестокостью. Речь идет о персидском царе Камбизе, который без всякого повода убил стрелой сына одного из своих придворных. При этом Геродот подчеркивал, что дух не может быть здоров, если тело больное.

Действие не только алкоголя, но и наркотических веществ, как это в настоящее время определяется, было также подмечено Геродотом: «В Скифской земле произрастает конопля - растение, очень похожее на лен, но гораздо толще и крупнее. Этим конопля значительно превосходит лен. Ее там разводят, но встречается и дикорастущая конопля. Фракийцы изготовляют из конопли даже одежды, настолько похожие на льняные, что человек, не особенно разбирающийся, даже не отличит - льняные ли они или из конопли. Взяв это конопляное семя, скифы подлезают под войлочную юрту и затем бросают его на раскаленные камни. От этого поднимается такой сильный дым и пар, что никакая эллинская баня (паровая) не сравнится с такой баней. Наслаждаясь ею, скифы громко вопят от удовольствия»[12]. Необходимо отметить, что

[11] *Геродот.* История в 9 кн. - М., 1888. - Т. 1. - С. 97-98, 99, 127.

[12] Там же.

и неразбавленное вино, которое употреблял Клеомен, как писал Геродот, также использовалось скифами, это у греков называлось «пить по-скифски», так как эллины обычно употребляли вино разбавленным.

Анализ сочинений Гиппократа, одного из основоположников Косской школы, показывает, что наблюдения за больными, страдающими психозами, производились без очевидных стремлений к их систематизации, но все же основные виды психозов: мания, меланхолия, френит, паранойя - обозначались различными терминами, описывались даже типы бредовых помешательств. Г. Шюле в связи с этим писал: «Он [Гиппократ] знал уже меланхолию и манию, сумасшествие после острых лихорадочных болезней, после падучей и родовых процессов, ему были известны также запойный бред и истерия, а из отдельных симптомов - предсердечная тоска и слуховые галлюцинации. От его взора не ускользнуло значение психопатического темперамента, который не есть настоящее помешательство»[13].
Действительно, Гиппократ не только описывал острые психозы, но и вслед за Эмпедоклом (VI в. до н.э.) стал синкретистом, продолжателем формирования концепции об эукразии (норма) и дискразии (патология). В.М. Морозов считает, что Эмпедокл оказал влияние на гиппокра-тиков, и 4 жидкости Гиппократа (слизь, кровь, черная и желтая желчь) - это дальнейшее развитие концепции Эмпедокла, основа гуморальной патологии и фундамент учения о темпераментах как проявлениях особых свойств личности, не относящихся к психозу, помешательству. В своей книге «Эпидемии» Гиппократ приводит клинические случаи, которые, безусловно, можно трактовать как современные нам «невротические» расстройства. Например, болезнь Никанора он описывает так: «...отправляясь на пирушку, он [Никанор] испытывал

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

страх перед звуками флейты; заслышав на пиру первые звуки ее, он переживал ужас; он говорил всем, что с трудом мог сдержать себя, если это было ночью; днем же, слушая этот инструмент, он не испытывал никакого волнения. Это продолжалось у него долгое время»[14].

Л. Менье в руководстве по истории медицины также обращает внимание на то, что Гиппократ, будучи тонким наблюдателем жизни, выделял особые психические расстройства у жителей больших городов и объяснял происхождение таких болезней воздействием цивилизации - это страхи, меланхолия, т.е. такие состояния, которые в настоящее время относят к неврозам или расстройствам личности.

[13] *Шюле Г.* Руководство к душевным болезням. - Харьков, 1880. - С. 303.

[14] *Гиппократ.* Сочинения в 2 т. - М., 1994. - Т. II. - С. 223.

Ю. Белицкий отмечал, что Гиппократ описывал клинические случаи «истерии», придерживаясь «маточной» теории, которая была заимствована греками у древних египтян: «Если матка направляется к печени, женщина тотчас же теряет голос; она стискивает зубы и становится черной. Особенно часто болезнь бывает у старых дев и молодых вдов, которые, имея детей, не выходят больше замуж»[15].
Все это доказывает, что Гиппократ и приверженцы его школы рассматривали ряд болезненных состояний психики как особые болезни, а среди них отмечали не только «буйные» проявления психозов (мания, меланхолия), но и те, которые обозначались как гипопсихотические (гипомайноменой) и фактически относились к пограничным расстройствам психической деятельности.

Философы Античности также обращали внимание на разные отклонения при душевных заболеваниях. Здесь можно упомянуть в первую очередь Пифагора и представителей пифагорейской школы, которая формировала основные начала энциклопедических знаний о нормальной душевной деятельности и ряде отклонений от нее в виде различных реакций; при этом использовались различные системы тренировки, воспитания духа, а также методы лечения, при которых возможен «катарсис», очищение, в частности музыка, музыкотерапия (VI в. до н.э.). Алкмеон Кротонский, ученик Пифагора (500 г. до н.э.), основным условием и фундаментом здоровья полагал «демократическое равноправие» («исоно-мия») в отношении элементарных сил. В то же время, по Алкмеону, «монархия», или превалирование чего-то одного в организме, вызывает болезнь, поскольку «монархия» одной из двух противоположностей пагубна для другой. Такая «монархия», или дисгармония в душевной сфере, может привести к душевному расстройству с локализацией в боковых желудочках мозга, о которых Алкмеон уже знал. Сократ вслед за Пифагором учил, что философия как любовь к мудрости предстает как любовь к божественной мудрости. В своих речах он неоднократно обращался к понятию разума и безумия, анализируя нормальную деятельность души, психики и отклонения от нормы. Взгляды Сократа на психиатрию отражены достаточно ясно в работе его ученика Ксенофонта, посвященной памяти незабвенного учителя[16].

Безумие, по мнению Сократа, составляет противоположность мудрости. Здесь он рассуждает, как Пифагор, который различал 2 понятия: «дианойя» - нормальное состояние психики, противопоставля-

[15] *Белицкий Ю.* Истерия, ее сущность и лечение. - СПб., 1911. - С. 10.

[16] *Ксенофонт.* Меморабилии. - СПб., 1883. - С. 163-165.

лось «паранойе» - безумию. Сократ не считал безумием незнание. Но если кто не знает самого себя (старая греческая мудрость - «познай себя») или составляет себе известное мнение о том, чего не понимает, то это, как полагал Сократ, очень близко граничит с безумием. Такое суждение философа свидетельствует о признании им

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

состояний, пограничных с безумием или психозом. По мнению Сократа, безумие есть совершенное отступление от общепринятых понятий, или «мега-лопаранойя», а незначительное отступление от понятий «толпы» есть «микрондиамартанейн» - расстройство, близко примыкающее к безумию, граничащее с ним.

Вывод, который можно сделать из «психиатрических» воззрений Сократа, таков: незнание, или анэпистемосине, качественно отлично от мании, или безумия, но существуют состояния, пограничные с ним, их нельзя отождествлять с полным здоровьем.

Демокрит, который был современником Гиппократа и Сократа (V в. до н.э.), основатель античной атомистики, в своей «Этике» также рассмотрел ряд «психиатрических» проблем. Он определил состояние душевного равновесия, покоя (норма) как «эутимию», или благодушие. Он отмечал, что люди, отвечающие этому требованию, «всегда стремятся к справедливым и хорошим делам», поэтому они «и наяву и во сне бывают радостны, здоровы и беззаботны»[17]. Он противопоставлял эутимии состояния душевной несдержанности, такие как стремление «оскорблять других, завидовать им или следовать бесплодным и пустым мнениям»[18].
В размышлениях Демокрита можно найти и его понимание взаимосвязи психического и телесного, воздействия души на тело. Считая душу причиной бедствий тела, он пояснял: «Если бы тело обвинило душу во всех страданиях, которые оно претерпело, и ему самому [Демокриту] по воле судьбы пришлось бы выступить в этой тяжбе, то он охотно осудил бы душу за то, что она погубила тело отчасти своим небрежным к нему отношением и расслабила его пьянством, отчасти же испортила его и привела к гибели своей чрезмерной любовью к наслаждениям, подобно тому как в случае, если бы какой-нибудь инструмент или сосуд находился в плохом состоянии, он обвинил бы того, кто, пользуясь им, небрежно с ним обращается». Эти пространные высказывания философа свидетельствуют о начальных попытках установления психосоматических расстройств, которые в настоящее время входят в сферу изучения пограничной психиатрии.

[17] *Демокрит* // Материалисты Древней Греции. Фрагменты. - М., 1965. - С. 154.

[18] Там же. - С. 159.

В «Этике» Демокрит прямо определял те признаки душевных свойств, особенностей психики, которые отклоняются от обычных и теперь трактуются как характерологические стигмы, психопатии, расстройства личности: «А те души, движения которых совершают колебания между большими противоположностями, не суть ни спокойны, ни радостны»[19]. И здесь же резюмировал: «.если перейдешь меру, то самое приятное станет неприятным». В качестве способа избавления от неправильных движений души Демокрит предлагал философское созерцание мира, он считал, что если врачебное искусство исцеляет болезни тела, то освобождает душу от страстей именно философия.

Все ученые-философы и врачи эпохи Гиппократа в целом в общем виде описывали различные душевные отклонения, это были первые робкие попытки их подразделения, расшифровки, что намечало дальнейшие пути более подробного и тщательного исследования.
После гиппократиков обширные данные из области психиатрии были накоплены у Асклепиада, оппозиция которого Гиппократу дает себя знать и в этой области. На первый план здесь выдвигаются психическое лечение, музыка, холодные ванны, между тем как кровопускание и подобные ему энергические средства отвергаются. Большой самостоятельностью отличаются заметки Цельса, касающиеся душевных заболеваний. Он прибавляет к прежде известным формам мании и меланхолию, галлюцинации (самого термина он не вводил, обозначая феномен как «обманчивое воображение»), нелепые идеи и идиотизм («мория»).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Однако самым важным из всего имеющегося у древних врачей наследия о душевных болезнях можно считать то, что сохранил Целий Аврелиан, несомненно, из сочинений Сорана. Здесь проявилась точка зрения методиков, которая выражалась в разделении болезней на экзальтированные и угнетенные состояния. Такая классификационная дихотомия «экзальтация-угнетение», по-видимому, является одной из первых в истории медицины, она относится к тому периоду, когда психиатрия как наука еще не существовала[20].

Нельзя не отметить вклад в изучение рассматриваемой проблемы еще одного гиганта философской мысли античности, современника Гиппократа и Демокрита, ученика Сократа - Платона. Хотя он исследовал в основном лишь те состояния, которые в дальнейшем стали относиться к области психологии и пограничной психиатрии.

[19] *Демокрит* // Материалисты Древней Греции. Фрагменты. - М., 1965. - С. 160.

[20] *Гезер Г.* Основы истории медицины. - Казань, 1890. - С. 112.

А.Ф. Лазурский считает, что Платон был первым, кто подошел к проблеме характера, и хотя сам не ввел этого термина (несколько позже это сделал Теофраст - ученик Аристотеля), но именно он предпринял первую попытку классификации типов душевного склада[21]. Воззрения философа по этому вопросу были тесно связаны с его учением об отношении души к телу. По Платону, в человеческой душе надо различать 2 стороны: одну более возвышенную, происходящую из мира идей, где она существовала до соединения с телом, и другую - более низменную, ставшую результатом воплощения идеальной части души и умирающую вместе с телом. Вторая половина души состоит из 2 частей. Таким образом, Платон делит всю душу на 3 части: первая часть (сверхчувственная) является чистым познанием и помещается в голове; вторая, более благородная половина низменной души представляет собой источник мужества или честолюбия и локализуется в груди; и, наконец, третья, самая низменная часть души помещается в печени и считается источником всякого рода низменных вожделений. Все человеческие свойства (в дальнейшем Теофраст определил их термином «характеры»), по Платону, складываются из этих 3 сторон душевной жизни, а индивидуальные особенности зависят от преобладания той или иной части души.
В направлении расшифровки свойств личности дальше всех своих коллег пошел ученик Платона Аристотель (384-322 гг. до н.э.), который пытался исследованием этических проблем определить понятие «нормы» (метриопатия - срединное чувство меры) и патологии в поведении, но специальное подразделение «характеров» впервые сделал его ученик Теофраст (371-287 гг. до н.э.), который дал описание 30 типов человеческой личности[22]. Среди них обозначены такие, как ирония, льстивость, пустословие, неотесанность, суетливость, тупоумие и др. В этом списке, с одной стороны, мы видим обозначения, которые Аристотель дает «недостаткам» человеческого нрава (ирония, угодливость), но, с другой - у Теофраста обозначен качественно иной подход к этой теме, каждый характер у него представляет сумму определенных свойств, составляющих основу личности. Теофраст группирует и классифицирует человеческие качества по основному свойству (пороку), причем каждому свойству соответствует определенный носитель (тип), определенный характер. Характер у Теофраста - это уже сумма душевных свойств, проявляющаяся в поступках и мировоззрении личности.

[21] *Лазурский А.Ф.* Очерк науки о характерах. - 3-е изд. - Пг., 1917. - С. 11-12.

[22] *Теофраст.* Характеры. - Л.: Наука, 1974. - 123 с.

Клавдий Гален (II в. н.э.), римский врач и естествоиспытатель, известный тем, что обобщил представления античной медицины в виде единого учения, канонизированного церковью и господствовавшего в медицине вплоть до XV-XVI вв.,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

продолжал развивать идеи Гиппократа о значении гуморального фактора в происхождении болезней и темперамента.

Он различал среди причин болезненного состояния непосредственные (порча соков, дискразия) вызываемые этими причинами страдания (патос) и вызываемые последним ненормальные образовательные процессы (нозема, нозос); далее он выделял симптомы. Таким образом, К. Гален считал целесообразным выделение различных «нозосов», болезней, при этом он старался расшифровать их анатомическую основу, т.е. стремился к познанию причинных связей в болезни (этиология). К. Гален принимал 4 темперамента Гиппократа (меланхолический, холерический, сангвинический, флегматический) как основные, но полагал, что возможны смешанные типы. В отношении заболеваний головного мозга ученый считал, что надо различать формы, зависящие от анемии и плеторы. Анемия производит конвульсии, параличи, а плетора способствует апоплексии. Подобно Гиппократу он выделял «френиты», лихорадочные психозы, меланхолию, манию. Один из видов меланхолии он впервые обозначил как «ипохондрию», полагая, что эта болезнь начинается в желуд-ке[23]. Он описывал такие симптомы ипохондрии, как отрыжка, отхож-дение ветров, чувство жара в правом подреберье, зыбленье, иногда боли. По Галену, припадки ипохондрии - это следствие воспаления желудка и задержки густой черной желчи. Меланхолики всегда одержимы страхом, который, как печаль, служит постоянным спутником этого заболевания. Клиническое различие между меланхолией и ипохондрией К. Гален видел в наличии при ипохондрии «желудочных» припадков.
Если обобщить сказанное в отношении медицины античности, можно сделать вывод, что шло постепенное уточнение признаков различных душевных заболеваний, утверждалась терминология, которая впоследствии определяла психиатрическую лексику (мания, меланхолия, френит, паранойя, истерия, эпилепсия, ипохондрия, характеры), при том что специального выделения душевных болезней в нозологическом смысле еще не было. Это был препарадигмальный, донозологиче-ский период, досистематический этап формирования психиатрии.

[23] *Galenius C.* De affectorum noticie. - Venice, 1510. - Bd. 3. - P. XVI.

1.2. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ В МЕДИЦИНЕ ЭПОХ ВОЗРОЖДЕНИЯ И ПРОСВЕЩЕНИЯ

При дальнейшем развитии медицины в эпохи Возрождения и Просвещения в Европе наиболее знаменательным было создание первых классификационных систем. В связи с этим XVIII в. стали определять в науке как «век систем». Еще в работе Жана Франсуа Фернеля «Всеобщая медицина», впервые опубликованной в 1554 г., наряду с общими разделами: «Физиология» и «Патология» - имеется специальная глава «Болезни мозга»[24].

Автор впервые предпринял попытку соотнесения психозов с патологией мозга. В соответствии с концепцией о темпераментах он выделял манию, меланхолию, френит, делириум (бред), каталепсию, ипохондрию, стульти-цио, или морозитас (слабоумие). В своей книге Ж. Фернель стремился к более полному описанию этих болезней, к подразделению их основных типов на разные варианты (например, полная меланхолия, первичная, а также мягчайшая меланхолия), к дифференцировке таких состояний (болезней), как мания и аменция, каталепсия и апоплексия. Это свидетельствует об углублении знания о болезнях психики. По мнению И. Пелисье[25], Ж. Фернель уже дает прообраз противопоставления бредовых психозов с лихорадкой (френиты), безлихорадочным психозом (мания, меланхолия, каталепсия, делириум). Такая позиция Ж. Фернеля намечает соответственно, как полагал И. Пелисье, трехчленное деление психической патологии (будущие экзогенные, эндогенные расстройства, исходные состояния).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Однако у Ж. Фернеля, как и у К. Галена, к болезням мозга в систематике не причислены эпилепсия и истерия. Особый интерес для исследователей представляет то, что термином «галлюцинация» автор называет болезнь глаз.

В официально считающейся первой классификацией психических болезней - систематике Ф. Платера (XVII в.) насчитывается 23 вида психических болезней, размещенных в 4 классах. Для нас наиболее интересным является 3-й класс - «ментис алиенацио» (термин «алие-нацио», или отчуждение, надолго определит обозначение психических болезней как отчуждение от общества этих больных), здесь детально описаны симптомы мании, меланхолии, ипохондрии как болезни, фре-

[24] *Fernelius Ambiani.* Universa Medicina. - Ultraecti, 1656. - V. I. - P. 66-69.

[25] *Pelicier I.* Histori de psychiatri. - Paris, 1971. - P. 45.

нита. По мнению Ю. Каннабиха, Ф. Платер впервые указывает на внешние и внутренние причины психозов. От внешних причин, по мнению автора, происходят болезни типа *«commotio animi»* - душевное потрясение, являющееся, например, причиной страхов, ревности и т.д. Очевидно, что классификация Ф. Платера намечает диагностику не только психических расстройств, но и патологии «пограничного» регистра, при этом даются соответствующие клинические описания. Важно, что у Ф. Платера «мания» и «меланхолия» уже достаточно резко разделяются, несмотря на общие признаки имеющегося возбуждения.

Примечательным является сохранение в протопсихиатрии XVII в. связи с философией, общей медициной, биологией. Это находит отражение в проблеме систематики и диагностики болезней. Ряд психиатров полагают, что Ф. Платер применил к медицине индуктивный метод, провозглашенный философом Ф. Бэконом, который всю жизнь посвятил разработке плана «Великого восстановления наук» и продолжал традиции ученых Античности. По Ф. Бэкону, образы предметов, входя через органы чувств в сознание, не исчезают бесследно, они сохраняются душой, которая может относиться к ним трояким образом: или просто собирать их в понятия, или подражать им воображением, или перерабатывать их в понятия рассудком. На этих 3 способностях души, согласно Ф. Бэкону, основывается подразделение всех наук, так что памяти соответствует история, воображению - поэзия, рассудку - философия, которая включает в себя учение о природе, Боге и человеке[26]. Причиной заблуждения разума Ф. Бэкон считал ложные идеи, которые бывают 4 родов: «призраки рода», коренящиеся в самой природе человека (в будущем эндогенные заболевания); «призраки пещеры», возникающие из-за индивидуальных особенностей самого человека (в дальнейшем - «характеропатии»); «призраки рынка», порожденные некритичным отношением к распространенным мнениям, а также «призраки театра» - ложное восприятие действительности, основанное на слепой вере в авторитеты и традиционные догматические системы. Учение Ф. Бэкона оказало огромное влияние на все естественные науки, в том числе и на медицину, что нашло отражение, например, при составлении классификаций и диагностике психических болезней, особенно в трудах ученых XVIII в. (Ф. Буасье де Соваж, К. Линней, Ж.Б. Сагар, В. Куллен, Ф. Пинель и др.).

Е. Фишер-Гомбургер отмечает, что Т. Сиденгам, которого называли английским Гиппократом, еще в XVII в. выдвинул предложение «клас-

[26] История философии. - М.: ОГИЗ. - Т. II. - С. 105-106.

сифицировать болезни с той же тщательностью, которую ботаники показывают в своих фитологиях»[27]. На тенденцию к систематизации в медицине XVIII в. значительное влияние оказали философские концепции друга Т. Сиденгама, великого английского философа Дж. Локка. Он различал 3 вида познания: интуитивное, демонстративное (прообразом которого служит математика) и чувственное, или

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

сенситивное. Последнее ограничивается восприятием отдельных предметов внешнего мира, по достоверности оно стоит на самой низкой ступени. Посредством его мы понимаем и познаем существование отдельных единичных вещей. Отсюда можно сделать вывод о том, что медицина это в первую очередь область применения сенситивного познания[28]. Именно в этом смысле можно говорить о влиянии философских взглядов Дж. Локка на развитие концепции классификации болезней (в том числе психических) в XVIII в.
Философ оперировал терминами «род» и «вид». Можно считать, что вопросы классификации и диагностики болезней на этом этапе развития медицины, поднятые Т. Сиденгамом в соответствии с принципами ботаники, или «ботанические принципы классификации», стали предтечей нозологических построений в XVIII-XIX вв. К. Фабер приводит характерное в этом смысле высказывание из письма К. Линнея: «Мой слабый мозг... может понимать только то, что может быть обобщено систематически»[29].

Первое издание книги К. Линнея «Система природы» вышло в 1735 г., это принесло ему широкую известность как естествоиспытателю, однако его деятельность как врача и систематика в области психиатрии заслуживает специального рассмотрения в интересующем нас аспекте[30].

К. Линней в своей книге «Роды болезней» разделил все заболевания на 11 классов, поместив психические болезни в 5-м классе. Далее он разбил психические расстройства на 3 порядка: болезни рассудка, болезни воображения, болезни аффектов и влечений. Истерию и эпилепсию К. Линней описал вне рубрики патологии психики, поместив их в 7-м классе (нарушения моторных функций). В 5-м классе насчитывалось 25 родов болезней. В 1-м порядке им описаны бредовые расстройства (острые и хронические варианты). В 2-м -
терминами *«siringmos»* и *«phantasma»* обозначены слуховые и зрительные галлюцинации (самого

[27] *Fisher-Gomberger E.* Medical History. - 1970. - V. 4. - P. 397-403.

[28] *Локк Дж.* Избранные произведения: в 3 т. - М.: Мысль, 1980. - Т. 1. - С. 500.

[29] *Faber K.* Nosographie in modern internal Medicine. - London, 1923. - P. 22.

[30] *Linne C.* Genera Morborum. - Upsaliae, 1763. - P. 32.

термина «галлюцинации» автор не употребляет, но клинически отделяет эти расстройства от бреда). Наконец, в 3-м порядке у К. Линнея фигурируют «страхи», «нарушения влечений», «тревожные состояния». Фактически классификация К. Линнея представляет собой один из первых вариантов общей психопатологии, прообраз будущей синдромологии, которая появилась уже в XIX в. и в дальнейшем противопоставлялась нозологии. Прогресс клинической психиатрии нашел свое дальнейшее выражение в новых систематиках, задачей которых, как сказал Й.П. Франк (1745), было создание «медицинского языка», доступного самым разным нациям от полюса до полюса.
Первая и, пожалуй, единственная классификация болезней в Англии (Шотландия), которая получила мировое признание, принадлежала В. Куллену (1710-1790). Он сделал попытку классифицировать болезни по принципу К. Линнея: классы, отряды, порядки, роды, виды. В. Кул-лен впервые ввел в медицину термин «невроз» как общее название для всех психических расстройств[31]. Он отнес неврозы к 2-му классу, включившему в себя 4 отряда, 27 родов и более 100 видов, а кроме того - большую группу параноидных болезней[32]. По данным руководства О. Бумке[33], уже в XVIII в. нозология В. Куллена подверглась критике со стороны другого классика английской медицины - Т. Арнольда, который утверждал, что помешательство можно разделить только на 2 рода. При одном из них расстроено восприятие, при втором восприятие

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

нормально, но разум вырабатывает ложные понятия. Такая полемика многими историками психиатрии расценивается как начальный этап формирования будущей дихотомии «нозология - единый психоз». Наконец, классификация Ф. Пинеля, основателя научной психиатрии, как бы подводит итог в пользу нозологической систематики, она утверждает термин «неврозы» для обозначения психических заболеваний вслед за В. Кулленом, что объясняется пониманием ведущей роли нервной системы в происхождении не только психозов, но и различных по своим клиническим проявлениям «неврозов нутритивных функций» или «системных» неврозов в более позднем понимании, которые впервые выделил этот гениальный ученый, психиатр-гуманист[34].

Систематика Ф. Пинеля отличается сознательной простотой, она не в такой степени симптоматична, как у В. Куллена, в нее уже внесен прин-

[31] *Cullen W.* Nosologiae methodicae. - Edinburg, 1769.

[32] *Cullen W.* First lines of the Practice of Physic. - Edinburg, 1784. - V. 4.

[33] *Bumke O.* Handbush des Geistekrankheiten. - Berlin, 1932. - Bd. IX. - P. 12.

[34] *Pinel Ph.* Nosographie philosophique. - Paris, 1818.

цип патогенеза. Об этом свидетельствует выделение «неврозов церебральных функций», к которым отнесены везании. Ф. Пинель полагал, что они составляют 5 родов: мания, мания без бреда, меланхолия, слабоумие и идиотизм. «Мания без бреда» стала прообразом тех клинических типов, которые в дальнейшем составили группу «психопатии», причем Ф. Пинель также впервые отметил судебно-психиатрическое обоснование выделения подобной группы, полагая, что данные лица не должны привлекаться к судебной ответственности, а требуют помещения в специальную (психиатрическую) больницу.

В России одной из первых работ, посвященных систематике психозов, можно считать сочинения И.Е. Дядьковского. Он в своих лекциях призывал отечественных ученых идти самобытным путем в описании и разделении психической патологии и составил ее оригинальную систематику. И.Е. Дядьковский выделил болезни чувств (анестезия), болезни побуждений (эпитимия), болезни ума (синезия), болезни движения (кинезия) и болезни сил (динамия), полагая, что нет никакой болезни без «материальных изменений» в какой-либо системе или органе тела[35].

К.В. Лебедев, ученик И.Е. Дядьковского, подверг критическому анализу нозологические системы К. Линнея, Ф. Буасье де Соважа, Фогеля, В. Куллена, Ф. Пинеля, Мудрова, Шенлейна. Однако, критикуя некоторые частности, он не оспаривал справедливость нозологических принципов в психиатрии XVII в., полагая, что такой подход перспективен в развитии психиатрии[36]. Историко-эпистемологический анализ показывает, что и на этом этапе развития психиатрия, обогащаясь клиническим материалом, развивалась в русле достаточно тесной связи с другими науками. Данный период с точки зрения науковедения может быть обозначен как клинико-нозологический, сформировавший новую клинико-систематическую парадигму понимания душевных, или психических, заболеваний.

По мнению В.М. Морозова (1961), основателем научной психиатрии стал Ф. Пинель, который подходил к пониманию психической патологии как нозолог-клиницист, критик различных спекулятивных построений, опиравшийся на четкие клинические критерии разделения отдельных родов болезни. Достаточно ясно его позиция отражается в изменении названия основных работ по психиатрии. Если первое руководство Ф. Пинель назвал «Трактат о помешательстве, или мании» (1801), то в повторном издании на титуле было указано: «Медико-философский

[35] *Дядьковский И.Е.* Практическая медицина. - М., 1845.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

[36] *Лебедев К.В.* Опыт практического обозрения нозологических систем. - М., 1840.

трактат о помешательстве» (1809). Как видно, термин «мания» сознательно был опущен Ф. Пинелем, так как им он стал обозначать уже не «помешательство вообще», а отдельный вид (род) психического заболевания с возбуждением, отдельный «нозос» в систематике болезней.

XIX в. стал новым этапом в дискуссии, отразив давнюю полемику между Книдской и Косской школами.

Ф. Пинель (1755-1826)

1.3. НОВОЕ ВРЕМЯ. XIX-XX ВЕКА

В XIX в., после обоснования Ф. Пинелем клинико-психопа-тологического фундамента психиатрии как науки, именно во Франции, на его родине, стали формироваться истоки клинико-нозологического подхода - основного метода диагностики и систематики. Среди учеников и последователей Ф. Пинеля наиболее значимыми фигурами были Ж. Эскироль, А. Бейль, Ж.П. Фальре (отец), Е.-Ш. Ласег, Б. Морель, В. Маньян и др., основавшие концептуальное направление французской клинической школы.

К примеру, Ж. Эскироль[37] выделял 5 основных форм помешательства: липеманию (или меланхолию), мономанию, манию, слабоумие и имбе-

[37] *Esquirol J.E.D.* Des malades mentales. - Paris, 1838. - P. 50.

цильность. По его мнению, именно они выражают родовой характер помешательства. Ж. Эскироль, как и его учитель Ф. Пинель, уделял основное внимание той концепции, которая в дальнейшем получила название «психиатрия течения»; в то же время он возражает против будущей теории «единого психоза». Но все же выделенные им психозы, их формы попеременно сменяют друг друга. Ж. Эскироль шел к пониманию нозологической систематики, оперируя понятиями синдромов, болезненных состояний и в большей степени, чем Ф. Пинель, типами течения психозов. Как полагает В.М. Морозов[38], в лице Ж. Эскироля клинико-нозологическое направление проходит свою начальную клинико-нозоло-гическую стадию развития. Нельзя не подчеркнуть, что Ж. Эскироль впервые в истории психиатрии сформулировал научное понятие галлюцинаций: «Человек, который имеет глубокое убеждение в наличии у него в данный момент восприятия, в то время как нет никакого внешнего объекта в пределах досягаемости его чувств, - находится в состоянии галлюцинации - это визионер»[39].

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Ж. Эскироль (1772-1840)

Ж. Эскироль, как и Ф. Пинель, в своих теоретических воззрениях решительно стоял на позициях сенсуалистической материалистической

[38] *Морозов В.М.* О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. - М., 1961. - С. 33-37.

[39] *Esquirol J.E.D.* Des malades mentales. - Paris, 1838. - P. 80.

философии Э. Кондильяка, продолжавшего традиции Дж. Локка, убежденного сторонника классификационных систем.

И.М. Балинский (1827-1902)

Существенным вкладом в утверждение нозологического принципа стало выделение А. Бейлем в 1822 г. прогрессивного паралича как самостоятельного заболевания, имеющего характерную клиническую картину и исход в слабоумие. Торжество клинической диагностики здесь было очевидным: бледная трепонема (специфический возбудитель болезни) была обнаружена в крови С. Вассерманом в 1833 г., а в мозге - Х. Ногуши только в 1913 г. Французские клиницисты и в дальнейшем, продолжая традиции Ф. Пинеля и Ж. Эскироля, успешно использовали клинические наблюдения с целью уточнения границ отдельных заболеваний.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Ж.-П. Фальре (отец), пожалуй, точнее других коллег-медиков выразил концептуальную идею о значении клинических типов болезни для психиатрической систематики: «Что особенно необходимо изучать у душевнобольных - это ход и развитие болезни; обыкновенно больного обследуют и более или менее тщательно изучают один или два раза, вскоре по поступлении его в больницу, а между тем наблюдение должно вестись годами. Тогда мы откроем различные болезни и их фазы, в какие они вступают. Зная ход и характер различных заболеваний, мы будем иметь возможность построить новую естественную клас-

сификацию психозов»[40]. Такой клинико-динамический подход позволил Ж.-П. Фальре одновременно с Ж. Байарже описать и выделить циркулярное помешательство, или помешательство с «двумя формами», сообщения о которых появились в «Бюллетене медицинской Академии» за 1853-1854 гг. Затем Э.-Ш. Ласег описал хронический бред преследования - наиболее часто встречающийся в практике вид паранойи с непрерывным течением, обратив внимание на типичность клинической картины[41]. Его исследование существенно дополнил Ж.-П. Фальре, отметив прогрессивно развивающуюся систематизацию бреда и выделив 3 стадии в развитии бредового симптомокомплекса - инкубации, систематизации и стереотипии[42].

Наряду с разработкой нозологического разделения болезней в XIX в. стало формироваться и совершенно иное направление, которое в дальнейшем было обозначено как концепция «единого психоза». Термин «единый психоз» стал употребляться прежде всего в немецкой психиатрии 40-60-х годов прошлого века, хотя истоки данной концепции впервые проявились в трудах Ж. Гислена, этого «бельгийского Эскироля», как его называли современники. Он полагал, что все психозы проделывают примерно одинаковый путь развития, и в этом отношении меланхолия служит «фундаментальной формой» - все психозы, по Ж. Гислену, начинаются с меланхолии. От начальной стадии - меланхолии - в дальнейшем психоз переходит в манию, после чего развивается бред со спутанностью, а затем систематический бред. Конечной стадией психоза считается деменция[43].
Таким образом, нет никакого смысла говорить о различных психических заболеваниях и выделять разные нозологические формы, как это делали французские ученые, последователи Ф. Пинеля и Ж. Эс-кироля. Идеи Ж. Гислена стали утверждаться в Германии в трудах Э. Целлера, Г. Нейманна, В. Гризингера. Особенно категорично суть подобной концепции выражена в руководстве Г. Нейманна: «Мы считаем всякую классификацию душевных расстройств совершенно искусственным, а поэтому безнадежным предприятием; и мы не верим в возможность настоящего прогресса психиатрии до тех пор, пока не восторжествует единодушное решение - отказаться от всяких классификаций и

[40] *Falret J.-P.* Larnon existence mentales. - Paris, 1838, 1854.

[41] *Lasegue E.-Ch.* Delire de persecution, 1852.

[42] *Falret J.-P.* Folie circulaire // Bull. de l'Academ de medicale. - Paris, 1853, 1854. -

P. 356-358.

[43] *Guislain J.* Traite des phrenopathies. - Paris, 1835.

объявить вместе с нами: есть только один вид душевного расстройства, мы называем его помешательством»[44]. Э. Целлер, в больнице которого работал В. Гризингер, также выделял 4 стадии единого психоза и полагал, что они отражают общепатологические закономерности любого психоза.

В.М. Морозов считает, что В. Гризингер, уже упоминавший термин «симптомокомплекс», развил идею единого психоза на новом, более высоком уровне, пользуясь новыми данными анатомии и физиологии[45]. Он утверждал, что различные

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

формы помешательства - это лишь отдельные стадии одного болезненного процесса, который может остановиться на любом этапе своего развития, но, как правило, прогрессирует от меланхолии к деменции. В. Гризингер проводил разграничение между галлюцинаторно-бредовыми расстройствами с наличием аффективной патологии и истинно бредовыми расстройствами в динамике психоза.
Клинически точно В. Гризингер указал на то, что обратимыми проявления единого психоза могут быть только на стадиях аффективных и аффективно-бредовых расстройств. Как он сам замечал, для него было характерно стремление к «физиологической» характеристике различных стадий «единого» психоза: болезнь начиналась с нарушения аффективной сферы, затем появлялись расстройства мышления и воли, и, наконец, все завершалось органическим распадом. В последние годы жизни В. Гризингер раздвинул рамки концепции «единого» психоза и вслед за Л. Снеллем[46] признал существование «первичного» бреда, возникновению которого никогда не предшествуют состояния меланхолии или мании.

В России через 2 года после издания руководства В. Гризингера психиатр П.П. Малиновский писал, что у иностранных психиатров встречается множество подразделений помешательства. Он указывал на необходимость различать болезни и их симптомы[47]. Конечно же, нет сомнений в том, что учение о «едином психозе» было исторически необходимым. Оно окончательно покончило с чисто симптоматической и спекулятивной интерпретацией психических расстройств в предшествующие периоды и поставило учение о психозах на общепа-

[44] *Neumann H.* Lehrbuch der Seelenstorungen. - Breslau, 1859.

[45] *Морозов В. М.* О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. - М., 1961. - С. 42 -47.

[46] *Snell L.* // Allgem. Zeitschr. Psychiatrie. - 1865. - Bd. 22. - P. 368.

[47] *Малиновский П.П.* Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике. - СПб., 1847.

тологическую и патогенетическую основу. Это учение позволило доказать, что все проявления психоза - типичное выражение прогрессирующего болезненного процесса, а это способствовало утверждению принципа «психиатрии течения», заложенного еще Ф. Пинелем и Ж. Эскиролем.
Так же как и В. Гризингер в своей работе 1845 г., Г. Модсли[48] концентрировал внимание на общих закономерностях развития психического расстройства и его реализации у конкретных больных. Г. Модсли по этому поводу писал: «Особенности психической организации или темперамента имеют более важное значение для определения формы помешательства, нежели производящие причины болезни. Лишь в результате далеко зашедшего помешательства, когда производящая творческая деятельность как высшее отправление высокого и здорового ума нивелируется, тогда выступают общие признаки помешательства для всех возрастов и различных стран».

Современник П.П. Малиновского русский терапевт И.Е. Дядь-ковский подчеркивал, что лучшая из систем классификации болезней - симптоматическая, а сходство и несходство между болезнями можно определять по их внутренней сущности[49]. Все это еще раз напоминает, что в XIX в. как бы продолжалась многовековая научная дискуссия, ведущая начало от Книдской и Косской школ эпохи Античности по вопросу целесообразности выделения отдельных болезней и их классификации.

Показательно в этом смысле то, что выдающийся исследователь XIX в. К. Кальбаум, предшественник Э. Крепелина, в своей первой монографии о классификации психозов[50] еще не полностью порывает с учением о едином психозе и создает свою «типичную везанию», подобно В. Гризингеру и Г. Нейману, с характерными последовательными 4 стадиями; позднее он делает новый шаг в укреплении позиции

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

нозографии в психиатрии, публикуя выводы относительно новой выделенной им болезни - кататонии[51]. Он дал глубокое и подробное обоснование теории и практики клинико-нозологического направления. Его позиция настолько точно аргументирована, что сохраняет свое значение и в настоящее время.
К. Кальбаум различал болезненный процесс и картину болезненного состояния, психоза, требовал, пользуясь клиническим методом, изучить

[48] *Maudsley H.* Die Psychologie und Pathologie der Seele. - Wurzburg, 1870.

[49] *Дядьковский И.Е.* Практическая медицина. - М., 1845. - С. 45.

[50] *Kahlbaum K.* Die Katatonie oder das Spannungsirresein. - Berlin, 1874.

[51] *Kahlbaum K.* Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. - Danzig, 1863.

все течение болезни. Такой подход, по его мнению, может предметно доказать отличие симптомокомплексов от болезненных единиц. Термин «болезненная единица» был введен К. Кальбаумом для обозначения нозологической формы на основании учета психопатологических расстройств, физической симптоматологии, течения и исхода болезни, включая все этапы ее развития с разнообразными симптомокомплекса-ми. К. Кальбаум окончательно сформулировал «психиатрию течения», намеченную французскими исследователями.

В России сторонником нозологического направления в это время был В.Х. Кандинский, который дал высокую оценку работе К. Кальбаума «О кататонии...». В.Х. Кандинский писал: «Настоящее время, т.е. 70-80-е годы XIX в., есть в психиатрии время замены прежних, односторонних, симптоматологических воззрений, оказавшихся неудовлетворительными, воззрениями клиническими, основанными на терпеливом всестороннем наблюдении душевного расстройства в его различных конкретных или клинических формах, т.е. в тех естественных формах, которые имеются в действительности, а не в искусственных теоретических построениях с учетом одного, произвольно выбранного симптома»[52].

К. Кальбаум подсказал своему ученику Э. Геккеру идею описания еще одного самостоятельного заболевания - гебефрении, также имеющей характерную клиническую картину с началом в молодом возрасте и исходом в слабоумие. Нельзя не отметить и вклад К. Кальбаума в общую психопатологию - описание им функциональных галлюцинаций, вер-бигерации, конфабуляций. Еще одна клиническая единица, описанная К. Кальбаумом в 1882 г., - циклотимия, или облегченный вариант циркулярной везании. Это описание отличается тщательностью и полнотой, указанием на благоприятный исход - выздоровление.
В России на нозологических позициях, как мы отмечали выше, стоял В.Х. Кандинский, который выделил новую нозологическую единицу - идеофрению. Автор аргументировал свое понимание самостоятельности этого заболевания тем, что в его основе лежит нарушение идеаторной, мыслительной функции. В.Х. Кандинский подразделял идеофрению на простую, кататоническую, периодическую формы, позже включил сюда также острую и хроническую галлюцинаторные формы. Он выделял состояние слабости на завершающем этапе болезни. Представляет большой интерес описание В.Х. Кандинским приступов особого рода голо-

[52] *Кандинский В.Х.* К вопросу о невменяемости. - СПб.: Изд. Е.К. Кандинской, 1890. - С. 102-103.

вокружений с изменением чувства почвы, ощущением невесомости своего тела и изменения его положения в пространстве, что сопровождается остановкой мышления. Все это характерно, по В.Х. Кандинскому, для начальной (острой) идеофрении[53]. Среди хронических случаев идеофрении им были описаны шизофазические состояния. Мышление таких больных, как полагал В.Х. Кандинский,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

характеризуется рядом «слов или фраз без тени общего смысла... такие люди совсем утратили способность устанавливать между своими представлениями связь»[54]. Что касается изучения психопатологии идеофрении в целом, чему посвящена вся монография «О псевдогаллюцинациях», то она свидетельствует о приоритете русской психиатрии в освещении этой исключительно важной проблемы и о непревзойденности этого исследования, сохраняющего свое значение вплоть до настоящего вре-мени[55]. Совершенно очевидно, что идеофрения В.Х. Кандинского стала прообразом будущего понятия шизофрении в немецкой психиатрии уже в XX в.

В.Х. Кандинский (1849-1889)

[53] *Кандинский В.Х.* К вопросу о галлюцинациях // Медицинское обозрение. - 1880. - Т. XIII. - С. 818.

[54] *Кандинский В.Х.* К вопросу о невменяемости. - СПб.: Изд. Е.К. Кандинской, 1890.

[55] *Кандинский В.Х.* О псевдогаллюцинациях. - СПб.: Изд. Е.К. Кандинской,1890.

С.С. Корсаков (1854-1900)

Свои представления о важности нозологического понимания сущности психических заболеваний В.Х. Кандинский отразил в составленной им классификации. Эта классификация с некоторыми изменениями была по докладу автора принята Первым съездом отечественных психиатров и невропатологов.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Анализ исторического развития отечественной психиатрии убедительно показывает, что в ней последовательно отстаивались принципы именно нозологической систематики.

Основатель московской школы С.С. Корсаков, так же как и В.Х. Кандинский, считал, что выделение определенных форм болезней в психиатрии должно основываться на тех же принципах, что и в соматической медицине. Такая линия служит продолжением развития идей И.Е. Дядьковского, она сближает психическое и соматическое, и в этом ее прогрессивный характер как цельной концепции патологии. С.С. Корсаков считал, что «подобно тому, как при соматических болезнях известная, постоянно повторяющаяся совокупность симптомов, их последовательность, смена и анатомические изменения, лежащие в основе болезни, дают возможность выделить отдельные болезненные формы, точно так и при душевных заболеваниях по тому, какие наблюдаются симптомы и в каком порядке они высту-

пают, мы определяем отдельные клинические формы душевных бо-лезней»[56].

По мнению С.С. Корсакова, в большинстве случаев мы наблюдаем не один какой-нибудь симптом душевного заболевания, а совокупность симптомов, находящихся в более или менее тесной связи между собой, которые складываются в более или менее определенную картину психопатического состояния, различную в разных случаях. Таким примером психопатического состояния может, по С.С. Корсакову, служить состояние меланхолическое, маниакальное.
Картина болезненного процесса слагается из последовательной смены психопатических состояний. Прекрасным подтверждением справедливости таких утверждений можно считать выделение С.С. Корсаковым еще одной новой болезни, которая в дальнейшем была названа его именем. Эта форма болезни есть вариант острой алкогольной энцефалопатии, развивающейся обычно после атипичного алкогольного делирия (белой горячки), и характеризуется сочетанием полиневрита с различной по выраженности атрофией мышц конечностей, а также психическими изменениями в сфере памяти - амнезия, конфабуляции, псевдо-реминесценции[57].

На XII Международном медицинском конгрессе в 1897 г. профессор Ф. Жолли, сделавший на неврологическом съезде доклад о расстройствах памяти при полиневритах, предложил полиневритический психоз назвать «болезнью Корсакова». Оригинальные корсаковские наблюдения вскоре были признаны психиатрами всех стран, что объясняется и тем, что старое симптоматическое направление уже мало удовлетворяло ученых. С.С. Корсаков раньше Э. Крепелина и независимо от него дал своим определением полиневритического психоза нозологическую концепцию, создал форму, которая являла блестящий пример нового понимания психоза с определенным патогенезом, симптоматикой, течением, прогнозом и патологической анатомией[58].

Кроме учения о расстройствах памяти, огромное значение представляло учение С.С. Корсакова об остро развивающихся психозах, что позволило ему установить совершенно новую болезненную единицу, которая получила наименование «дизнойя». С.С. Корсаков полемизировал с В. Гризингером, полагая, что представления последнего о том,

[56] *Корсаков С.С.* Курс психиатрии. - М., 1901. - С. 10.

[57] *Корсаков С.С.* Несколько случаев своеобразной церебропатии при множественном неврите // Клиническая газета. - 1889.

[58] *Корсаков С.С.* 50 лет психиатрической клинике им. С.С. Корсакова. - М., 1940. - С. 5.
что всем психозам предшествуют аффективные расстройства, утратило универсальное значение. Он приводил историю учения о таких острых психозах, которые начинаются без предшествующих эмоциональных расстройств.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Последовательно были выделены паранойя, разделившаяся на острую и хроническую, галлюцинаторное помешательство (острое) и первичное излечимое слабоумие. Сам С.С. Корсаков подразделял неаффективные психозы на 3 основные формы - аменцию Мейнерта, паранойю и преждевременное слабоумие. Из аменции Мей-нерта С.С. Корсаков и выделил дизнойю, которую следует рассматривать как основную предшественницу острой шизофрении. Он подразделил новое заболевание на подгруппы, но дал и общую характеристику всей формы в целом.

К основным признакам, по С.С. Корсакову, отнесены нарушения интеллектуальной деятельности с расстройством сочетания идей, дефектом ассоциативного аппарата, расстройства со стороны душевного чувства и расстройства в сфере воли[59].

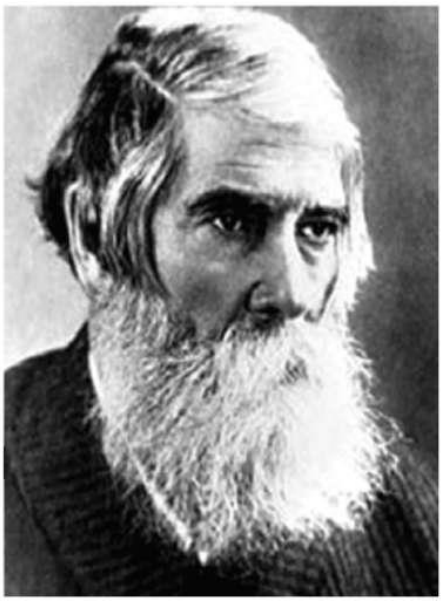
Совершенно очевидно, что, создавая учение о дизнойе еще в 1891 г., когда Э. Крепелин не заявлял о своей концепции раннего слабоумия, С.С. Корсаков, стремясь к выделению «естественных болезненных единиц», подобных прогрессивному параличу, обозначил острые заболевания в качестве аутоинтоксикационных, по его мнению, психозов с формально правильным восприятием внешнего мира, но с неправильным сочетанием этих восприятий. При этом С.С. Корсаков не основывался на специфических конечных состояниях, а наоборот, изучал динамику острых состояний и видел главное в патогенезе, понимая возможность различных исходов - от смерти, слабоумия до выздоровления.

Естественным выражением взглядов выдающегося ученого стала и его классификация психозов, при этом он считал, что: 1) систематика должна дать возможность всякую наблюдаемую форму, хотя бы чисто симптоматическую, обозначить определенным названием; 2) классификация должна удовлетворять главным образом клинические потребности, т.е. помогать разделить болезни на формы по особенностям их симптомов и течения; 3) систематика не должна заставлять насильственно втискивать тот или другой случай, не подходящий к точному определению, в узкие рамки установленных форм, давая возможность дальнейшего развития наших знаний относительно отдельных форм душевных болезней.
Выделив 3 класса заболеваний, С.С. Корсаков особенно полно обосновал дифференцировку психозов и психопатических конституций,

[59] *Корсаков С.С.* Курс психиатрии. - М., 1901. - Т. 2. - С. 839.

противопоставив им скоропреходящие психические расстройства - симптоматические и самостоятельные, а также состояния психического недоразвития. В 2-м классе убедительно разграничены те заболевания, которые в дальнейшем составили группу «эндогенной патологии», включая дизнойю, и «органической патологии».
Классификация С.С. Корсакова стала для своего времени единственной полной и оригинальной классификацией психических болезней, основанной на принципе нозологии.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua



В.М. Бехтерев (1857-1927)

В.М. Бехтерев, крупнейший русский невролог-психиатр, также внес значительный вклад в развитие нозологического понимания психических заболеваний. Он стал пионером выделения психопатии, выступив в 1885 г. в Казани с обстоятельным докладом по этой проблеме; в последующем ученый опубликовал работу о судебно-психиатрическом значении психопатии для решения вопроса о вменяемости[60].

Изучение работ ведущих русских психиатров 80-90-х годов XIX в. подтверждает, что отечественная психиатрия в это время накопила достаточный клинический материал для создания основательного фундамента клинико-нозологической систематики. Эти исследования

[60] *Бехтерев В.М.* Психопатия (психонервная раздражительная слабость) и ее отношение к вопросу о вменении. - Казань, 1886. - С. 31.

отличались глубиной и содержательностью, они опирались на научно обоснованные подходы к пониманию этиопатогенеза отдельных нозологических единиц (аутоинтоксикация как основа дизнойи, по С.С. Корсакову, «объективная психология» В.М. Бехтерева).

Э. Крепелин (1856-1926)

Э. Крепелин, синтезировав опыт, накопленный предшественниками, выступил в самом конце XIX в. как революционер, предпринявший грандиозную попытку утверждения нозологического направления в психиатрии как основы понимания всей психической патологии.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Основной идеей Э. Крепелина была следующая гипотеза: «Течение и исход болезни строго соответствуют ее биологической сущности». Следуя позиции К. Кальбаума, он избрал прогрессивный паралич своего рода стандартом и поставил задачей из аморфной массы всего остального клинического материала выделить такие же резко очерченные нозологические формы. Эти идеи высказаны им уже в 4-м издании учебника «Психиатрия» (1893), но еще не окончательно сформулированы. Однако уже здесь утверждалось, что периодическая мания и циркулярный психоз родственны между собой.

На примере кататонии Э. Крепелин показал, что ее течение имеет роковой исход для больных и, несмотря на возможность в некоторых случаях практического излечения, пристальное наблюдение опытного психиатра всегда позволяет обнаружить при этом неизгладимые черты разрушительного процесса, который он обозначил термином «фербло-дунг» - «поглупение». К числу таких же процессов он отнес и гебефрению Геккера, и простое слабоумие Дима, и бредовые психозы с систематической эволюцией Маньяна. Всю эту патологию Э. Крепелин объединил как самостоятельную нозологическую форму прогрессирующего психического заболевания, которая была им обозначена как «раннее слабоумие». По течению и прогнозу раннему слабоумию автор противопоставил маниакально-депрессивный психоз как заболевание, при котором чередуются фазы мании и депрессии, но при этом не развивается характерное для раннего слабоумия «поглупение».

27 ноября 1898 г. Э. Крепелин выступил с докладом «О диагнозе и прогнозе ?деменции прекокс"», а в 1899 г. в 6-м издании своего «Руководства» он ввел новое наименование циркулярной болезни - маниакально-депрессивный психоз. Таким образом была создана дихотомия 2 основных эндогенных заболеваний, различающихся прогнозом - неблагоприятным при раннем слабоумии и благоприятным при маниакально-депрессивном психозе. Паранойю Э. Крепелин выделил в самостоятельную форму заболевания, так как при ней он не нашел признаков заключительного слабоумия.

То, что совершил Э. Крепелин в последние годы XIX столетия, произвело коренной переворот в клинической психиатрии, так как его идеи стали распространяться в разных странах, в том числе и в России, где они были приняты большинством врачей-психиатров (кроме В.П. Сербского). Психиатрическая нозология вышла на первый этап своего развития, что определило перспективу изучения проблем науки в XX в.

Исключительная научная эрудиция Э. Крепелина дала ему возможность очень стройно и полно разработать свои концепции и создать классификацию, сохранившую значение до наших дней как образец логически последовательной методической разработки. Сокращенная классификация Э. Крепелина, так называемая малая схема, легла в основу номенклатуры, принятой для отчетов в русских психиатрических больницах. С.С. Корсаков при создании русской национальной классификации включил в нее основные позиции систематики, которая у Э. Крепелина выглядела так:

1. Душевные расстройства при травматических повреждениях мозга.

2. Душевные расстройства при других органических заболеваниях мозга.

3. Душевные расстройства при отравлениях.

А. Алкоголизм.

Б. Морфинизм и другие наркомании.
В. Отравления ядами при нарушении обмена веществ (уремия, диабет и др.).

Г. Расстройства функций эндокринных желез (кретинизм, микседема и др.).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

4. Душевные расстройства при инфекционных болезнях (тифы и пр.).

5. Сифилис мозга, включая табес. Прогрессивный паралич помешанных.

6. Артериосклероз. Пресенильные и сенильные душевные расстройства.

7. Генуинная эпилепсия.

8. Шизофрения (формы раннего слабоумия).

9. Маниакально-депрессивный психоз.

10. Психопатии (навязчивые состояния, психоневрозы, патологические характеры).

11. Психогенные реакции, включая истерические (реактивные психозы, травматический и военный неврозы, неврозы испуга, ожидания и пр.).

12. Паранойя.

13. Олигофрения (идиотизм, имбецильность и пр.).

14. Неясные случаи.

15. Психически здоровые.

1.3.1. Классификация психических болезней в Новое время

Новое время (XIX-XX вв.) предоставило пути для укрепления нозологических позиций, которые все более совершенствовались в соперничестве с идеями концепции «единого психоза».

Литература по затрагиваемой проблеме, появившаяся в XX в., была чрезвычайно обширна, но, как и в прежние времена, вовсе неоднозначна. При этом существенно, что после выделения Э. Крепелином в 1896 г. дихотомии «маниакально-депрессивный психоз - раннее слабоумие» (которое в 1911 г. было обозначено Е. Блейлером термином «шизофрения») вновь активизировалась полемика между «нозологами» и сторонниками приоритета понятия «симптомокомплекс» с учетом известных работ А. Гохе, К. Ясперса, К. Шнайдера и др. Как известно, А. Гохе иронически сравнил поиски «болезней» в психиатрии, которые он называл «фантомом», с переливанием мутной жидкости из одного сосуда в другой; столь же скептически оценивал нозологическую позицию Э. Кречмер. Э. Крепелин многократно пересматривал свои первоначальные взгляды и в 1920 г. начал говорить о «регистрах»[61].

К середине XX в. вновь стали достаточно отчетливо постулироваться «антинозологические» установки. Так, М. Блейлер в переизданиях руководства по психиатрии предпочитает говорить не о болезнях, а об аксиальных симптомокомплексах, выделении «основных форм психических расстройств», имея в виду «органический психосиндром, развившийся в результате диффузного поражения мозга»; «эндокринный психосиндром», вызванный заболеваниями эндокринной системы; «острые экзогенные реакции» типа реакции Бонгеффера, возникающие при общесоматических заболеваниях; «психореактивные и психогенные расстройства», вызванные психическими переживаниями; «варианты личности» (психопатии и олигофрении), а также «эндогенные психозы»[62].

Эти основные синдромы действительно составляют ядро всех международных классификаций, принятых в течение последних десятилетий. Например, Международная классификация болезней 9-го пересмотра (МКБ-9) строилась на утвержденной после работ В. Куллена (невроз) и Э. Фейхтерслебена (психоз) дихотомии «невроз-психоз». По мнению Э. Фейхтерслебена, «каждый психоз есть в то же самое время и невроз»[63], это подтвердилось в дальнейшем при тщательном

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

изучении клинического течения таких заболеваний, как шизофрения (эндогения) и органические поражения ЦНС, так как неврозоподоб-ные (непсихотические) картины встречаются практически при любом заболевании, детерминированном нозологически.

Несмотря на то что за последние 100 лет ученые неоднократно пересматривали международную классификацию психических заболеваний, наиболее активно данный процесс идет в последние 20 лет. В частности, это обусловлено общим прогрессом биомедицинских исследований, развитием генетики, психоиммунологии, эпидемиологии и психофармакологии, с помощью которой удалось не только добиться значительных успехов в области терапии психических заболеваний, но и существенно изменить «лицо болезни», а с нею контингент стационарных и амбулаторных больных.

[61] *Kraepelin E.* Die Erscheinungformem des Irreseins. - Berlin, 1920.

[62] *Bleuler M.* Lehrbuch der Psychiatrie. - 11 Aufl. - Berlin; Heidelberg; N. Y., 1969. - P. 670.

[63] *Feuchtersleben E.* Lehrbuch der Arzlichen Seelkunde. - Wien, 1845.

Связанные с явлениями патоморфоза изменения в формах течения и симптоматики психических заболеваний, значительное увеличение стертых, субклинических проявлений болезни полностью не объясняют необходимость постоянного внимания психиатров к проблемам классификации. Всевозрастающее количество различных психосоциальных факторов в условиях индустриализации и урбанизации также оказывает несомненное влияние на развитие психических заболеваний. Зачастую проблемы классификации выходят за рамки нашей дисциплины в связи с пристальным вниманием общества к самому понятию «психическая болезнь» и с развитием так называемого антипсихиатрического движения.

1.3.2. Создание Международной классификации болезней (МКБ)

Прогресс в области развития классификации хотя и очевиден (эволюция от МКБ-6 до МКБ-10), но, на наш взгляд, недостаточно поступателен. Это во многом связано с противоречивостью подходов к заданной проблеме, с извечным спором нозологического и синдромального принципов классификации, а также с целым рядом малоизученных субъективных и объективных факторов. Между тем первая международная классификация психических заболеваний была предложена комиссией под председательством Morel Международному конгрессу по психиатрическим наукам в 1889 г. в Париже и насчитывала 11 категорий: мания, меланхолия, периодическое помешательство, прогрессивное периодическое помешательство, деменция, органическое и сенильное слабоумие, прогрессивный паралич, неврозы, токсическое помешательство, моральное и импульсивное помешательство, идиотия. Прообразом Международной классификации болезней стала Международная классификация причин смерти, которая была одобрена Международным статистическим институтом в 1893 г. Начиная с 1900 г. данная классификация стабильно пересматривалась каждые 10 лет, служила в основном для статистических целей и не включала какой-либо систематики, связанной с психическими болезнями. Между Первой и Второй мировыми войнами служба гигиены Лиги Наций участвовала в создании классификации путем периодической ревизии «Листа причин смерти и повреждений». В 1938 г. в данной классификации (5-й пересмотр) впервые появляется рубрика «Расстройства нервной системы и органов чувств».

Начиная с 1948 г. ответственность за данную процедуру принимает на себя ВОЗ, которая проводит очередной, 6-й пересмотр «Листа причин смерти и повреждений», дает ему новое название - «Руководство по международной классификации болезней, повреждений и причин смерти» (МКБ-6). В данном руководстве появляется раздел «Психические, психоневрологические и личностные расстройства», включавший в

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

себя 10 категорий психозов, 9 категорий психоневрозов и 7 категорий для обозначения расстройств характера, поведения и умственного развития. Данная классификация была единогласно принята странами - членами ВОЗ, однако в ней почему-то отсутствовали такие понятия, как деменция (слабоумие), некоторые распространенные личностные расстройства и ряд других нарушений. Все это привело к тому, что, несмотря на настоятельные рекомендации ВОЗ, разделом классификации по психическим болезням официально воспользовались лишь в 5 странах: Великобритании, Новой Зеландии, Финляндии, Перу и Таиланде.

Ситуация не сразу вызвала серьезную озабоченность, поэтому соответствующий раздел МКБ-7 в 1955 г. появился практически без каких-либо изменений. Между тем отсутствие общего языка у психиатров в эпоху «психофармакологической революции» 50-х годов уже служило серьезным тормозом прогресса научных исследований международного уровня в области как психофармакологии, так и эпидемиологической психиатрии.

В 1959 г. ВОЗ поручила эмигрировавшему из Австрии в Англию Erwin Stengel изучить ситуацию, сложившуюся вокруг МКБ-7, тем более что в самой Великобритании, несмотря на официальное признание МКБ-7 правительством, психиатры ее практически игнорировали. В своем объемном докладе E. Stengel охарактеризовал отношение психиатров разных стран к МКБ-7 как «амбивалентное, если не циничное», подчеркнув при этом «практически всеобщую неудовлетворенность состоянием психиатрической классификации как национальной, так и международной». E. Stengel пришел к выводу, что невозможность или нежелание использовать единую номенклатуру терминов обусловлено этиологическим происхождением диагностических дефиниций. И именно различный подход к проблеме этиологии у разных психиатрических школ делал эту проблему столь трудноразрешимой. Тогда же Stengel выступил с предложением исключить этиологический принцип из международной классификации и употреблять диагностические термины лишь в качестве функциональных наименований, характеризующих отклонения от нормы. В этом же докладе было рекомендовано создать для пользования МКБ глоссарий терминов на максимально большом количестве языков.
После опубликования и обсуждения его доклада ВОЗ приступила к работе над МКБ-8, причем одним из основных направлений данного проекта было создание глоссария психиатрических терминов. Оказалось, что в связи с существующими разногласиями между различными психиатрическими школами данная работа потребует слишком много времени и средств, а потому было решено предложить каждой стране подготовить вначале свой собственный вариант.

Опыт работы над национальными глоссариями, безусловно, оказался весьма полезен при подготовке Международного глоссария терминов. МКБ-8 была принята Генеральной ассамблеей ВОЗ в 1966 г. и начала функционировать на национальном уровне с 1968 г., глоссарий же был подготовлен лишь в 1974 г.

Несмотря на то что путь создания первой международной классификации психических заболеваний был тернист и сложен, сам факт ее появления и повсеместного распространения свидетельствует о многом. Он, безусловно, отразил прогресс, достигнутый учеными в области биологической психиатрии, психофармакологии, социальной психиатрии, а также в области эпидемиологических исследований.

В 1975 г. была принята МКБ-9, которая не содержала радикальных изменений по сравнению с предыдущей, однако была дополнена глоссарием - результатом 6-летней работы психиатров из 62 стран. Несмотря на всю громоздкость и эклектичность, МКБ-9 стала важным шагом впе-

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

ред в деле классификации и имела большое практическое значение для развивающихся международных исследований и выработки унифицированного диагноза. Ученых не смущало, что сама классификация основана на самых различных принципах, что в ней использовались весьма разнообразные по своей природе показатели (этиологические, симпто-матологические, возрастные, поведенческие и др.). Считалось, что такой подход в дальнейшем будет способствовать переходу к многоосевой классификации, а это даст возможность осуществлять диагностику максимально индивидуально.
Принятие американской классификации DSM-III, а затем DSM-III-R послужило основой для разработки последней Международной классификации - МКБ-10 (см. главу 5 «Патология мышления (расстройства сферы ассоциаций)»). Нельзя не отметить, что эта классификация принималась в особый исторический период, известный как «холодная война», и была не лишена некой авторитарности, так как вводилась под девизом устранения из классификации «вялотекущей шизофрении», якобы искусственно сконструированной в СССР в политических целях. При этом вовсе не принимались во внимание исторические реалии: выделение Э. Блейлером «латентной шизофрении» еще в 1911 г.[64], наличие ряда американских работ о «псевдоневротической шизофрении», описание К. Паскаль шизофрении с психастеноподобной и истероподобной симптоматикой во Франции и др.

Систематика в рамках МКБ-10 отличается, во-первых, тем, что по сравнению с МКБ-9 в ней приведено в 3 раза большее количество дескрипторов. Данное обстоятельство придает ей своеобразный «инвентаризационный» характер. Кроме того, она, как и DSM-III, эклектична и не следует строго нозологическому принципу, хотя и не исключает такие нозологические формы, как шизофрения, эпилепсия. Однако наряду с рубрикой «шизофрения» в ней имеется и рубрика «шизотипические расстройства», обозначение которых весьма неопределенно и подчас трудно провести границу между «шизотипическими расстройствами» и «типическими» шизофреническими заболеваниями. Кроме того, в МКБ-10 уже отсутствуют такие исторически сложившиеся категории «пограничной» психиатрии, как неврозы, психопатии, замененные достаточно аморфным термином «расстройства личности».
Своеобразие данной систематики объективно отражает новый, препа-радигмальный период развития психиатрии, формирующийся на фоне

[64] *Bleuler E.* Demencia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. - Aschaffenburgs-Handbuch, 1911.

исторического развития дихотомии «нозология - симптоматология», которое прослеживается еще со времен античности как отзвук негласной полемики Косской и Книдской школ, дошедший до наших дней.

Э. Блейлер (1857-1939)

Достаточно неопределенной и размытой является рубрика «со-матоформные расстройства», что видно из нечеткости самого определения этой диагностической

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

единицы и того, что оно включает в себя совершенно разнородные в этиопатогенетическом смысле картины. «Диссоциативные расстройства» обычно в клиническом понимании отождествляются со схизисом, так как в классической работе Э. Блейлера (1911) именно расщепление, диссоциация, схизис относятся, наряду с аутизмом и потускнением эмоций, к основным симптомам шизофрении. В МКБ-10 «диссоциированные расстройства» в основном описывают различные варианты истерической симптоматики. Современная практика показывает, что диагностика, например, «легкого депрессивного эпизода» бывает совершенно произвольной и часто натянутой, к тому же такая формулировка не дает представления о причине депрессивного состояния (психогения? циклотимия? шизофрения?). Недостаточная четкость понятий и дефиниций МКБ-10, ее громоздкость, включение в сферу психической патологии многих поведенчески разнообразных состояний дали возможность антипсихиатрам и антипсихиатрическому движению агрессивно апеллировать к мировой общественности с протестом против психиатрии, ссылаясь прежде всего, как это ни парадоксально, на МКБ-10, якобы узаконивающую оценку всего общества как «ненормального».

В.А. Гиляровский (1876-1959)

По нашему представлению, основы национальной психиатрической классификации складывались с учетом исторической трансформации взглядов на основные психические расстройства, которые в зависимости от этиологии и типа течения рассматривались как относительно самостоятельные виды болезней. В целом эти «болезненные единицы», представляющие сформированные симптомокомплексы, достаточно четко описаны в классификациях С.С. Корсакова (1893), Ф.Е. Рыбакова (1914), В.А. Гиляровского (1938), А.В. Снежневского (1983), Р.А. Наджарова (1983).

В самом общем виде они могут быть представлены следующим образом:

1. Экзогенно-органические психические заболевания:

а) психические нарушения при травмах головного мозга;

б) психические нарушения при инфекционных заболеваниях;

в) психические нарушения при интоксикациях ЦНС;

г) психические нарушения при опухолях головного мозга;

д) психические нарушения при алкоголизме и наркоманиях;

е) симптоматические психозы, связанные с соматическими неинфекционными заболеваниями.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

2. Эндогенные психические заболевания:

а) шизофрения (с непрерывным, приступообразным и периодическим течением);

б) циклофрения (фазофрения, аффектофрения); циркулярные и монополярные психозы; циклотимия;

в) смешанные эндогенные психозы (шизоаффективные психозы);

г) паранойя;

д) функциональные психозы позднего возраста; инволюционная меланхолия; инволюционный параноид.

3. Эндогенно-органические психические заболевания:

а) эпилепсия;

б) дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга; сенильная деменция; болезнь Альцгеймера; болезнь Пика; хорея Гентингтона; болезнь Паркинсона;

в) хронические галлюцинозы позднего возраста;

г) сосудистые заболевания головного мозга;
д) наследственные органические заболевания.

4. Психосоматические расстройства.

5. Психогенные психические заболевания:

а) реактивные психозы;

б) посттравматический стрессовый синдром.

6. Пограничные психические нарушения:

а) психопатии;

б) неврозы; неврастения; обсессивно-компульсивный невроз; истерический невроз; невротическая депрессия.

7. Патология психического развития:

а) олигофрения (дебильность, имбецильность, идиотия);

б) задержка психического развития;

в) искажения психического развития.

Нельзя все же не отметить, что принципы нозологического и симпто-матологического подходов на всем протяжении исторического развития и формирования основных концепций постоянно сосуществуют. По мнению А. Кронфельда (1940), они в дальнейшем будут существовать в единстве, что должно способствовать совершенствованию диагностики и, что самое главное, повышению эффективности терапии.

В современных исследованиях, посвященных вопросу классификации психических заболеваний с анализом подходов различных национальных школ, особо подчеркивается важность биологических критериев разграничения психозов, отмечается особая роль биохимических факторов, генетических маркеров, в частности дексаметазоновой пробы при депрессиях.

Работа П.В. Морозова в этом отношении стала первой и важной вехой поиска на данном направлении, первой мультинациональной работой по рассматриваемой теме, утверждавшей приоритет психопатологически-биологического системного

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

подхода для классификации психозов и использования многоцентровых международных коллабора-торных программ ВОЗ[65].

Сложность проблемы во многом объясняется тем, что в настоящее время происходит смена основной парадигмы в психиатрии, и это заставляет многих исследователей вновь говорить о кризисе в психиатрии (Робертс Ф., 1997; Андреахен Н., 1997; и др.). В связи с успехами биологии и молекулярной генетики рассматривается возможность использования в целях систематики для анализа отдельных нозологических форм роли генетических факторов в развитии психических заболеваний, современных методов молекулярной генетики и генетики количественных признаков.
Такое системное исследование позволит, по мнению ряда ученых, изучить вовлечение в патогенез психических заболеваний генов и на этой основе разработать новые методы диагностики и лечения психических заболеваний. Н. Андерсен полагает, что психиатрия будущего станет развиваться как биологическая наука, основанная на данных нейробиологических исследований, и основной акцент будет сделан на симптоматологическом подходе.

В России работы В.И. Трубникова, Г.П. Пантелеевой[66], Е.И. Рогаева[67] и др. акцентируют внимание на том, что существующие классификации клинических форм психических заболеваний не учитывают их генетической гетерогенности. Формирование коллекции ДНК больных эндогенными психозами и перспективы подобных исследований дают основания для успешного развития новой области психиатрии - молекулярной психиатрии. К сожалению, большинство работ этого направления осуществляется не в нашей стране. Расширение молекулярно-генетических исследований и биологических изысканий направлено на поиски особых мутаций в генах, которые могут быть вовлечены в основные биохимиче-

[65] *Морозов П.В.* Классификация психических заболеваний. Многоцентровое исследование: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1990.

[66] *Трубников В.И., Пантелеева Г.П. и др.* // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1995. - Т. 95, вып. 2. - С. 46-48.

[67] *Рогаев Е.И.* // Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. - М.:

Медицина. - Т. 2. - С. 84.

ские пути обмена, они могут привести к обнаружению единичных мутаций, обусловливающих нарушение определенных психических функций.

П.Б. Ганнушкин (1875-1933)

Как справедливо отмечал В.П. Эфроимсон, показанные на примере нервных болезней положения о наследовании имеют универсальное значение для клинической генетики. Они заставляют врача ориентироваться не на болезнь как

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

таковую, а на ее конкретные формы, так что необходимо быть готовым к обнаружению под покровом клинически сходной симптоматики в разных семьях совершенно различных патоло-гий[68]. Это может приблизить нашу науку к достижению более точного знания об этиологии психических заболеваний на генно-молекулярном и даже атомарном уровнях при тех состояниях, которые в существующих классификациях рассматриваются подчас как самостоятельные нозологические формы. Теперь мы знаем о том, например, что при некоторых видах болезни Альцгеймера у ряда больных существует заинтересованность I и XXI хромосом, что хорея Гентингтона диагностируется методом ДНК-диагностики с точным установлением поражения короткого плеча IV хромосомы и т.д. Подобные изыскания позволяют предполагать, что в XXI в. может возникнуть и новый подход к терапии психических заболеваний, а именно генотерапия, о чем достаточно уве-

[68] *Эфроимсон В.П., Блюмина М.Г.* Генетика олигофрений, психозов, эпилепсий. - М.: Медицина, 1978. - 340 с.

ренно говорят современные генетики. Безусловно, на новом уровне развития молекулярной психиатрии будут совершенствоваться и методы клинической психопатологической диагностики.

А.В. Снежневский (1904-1987)

Если говорить о парадигме психиатрии XXI в., то нужно иметь в виду ряд исследований, посвященных этому вопросу. Так, в работах G. Engel (1977-1988) сформулирована и развита биопсихосоциальная модель психиатрии, которая обеспечивает, по мнению автора, новое мышление психиатра и определяет новые подходы к пониманию причин отклонения в поведении человека, а соответственно, к обеспечению здоровья, нормального развития и успехам в лечении психических заболеваний. Обоснование ценности биопсихосоциальной модели дана им на фоне рассмотрения многих философских теорий - механицизма, дуализма, детерминизма, ньютоновских воззрений, а также достижений современной физики.

A. Beigel (1995) полагает, что XX в. принес в психиатрию много выдающихся изменений, каждое из которых доминировало в течение 20 лет и более. К таким изменениям он относит формирование классической психиатрии E. Kraepelin и E. Bleuler, теорию S. Freud о роли бессознательного, внедрение в практику эффективных психофармакологических средств и связанное с этим выведение большого числа психически больных за стены психиатрических стационаров, а в конце столетия таким новым явлением стала быстрая эволюция психиатрии, обусловленная открытиями в области нейронаук, которые возродили интерес к этиологии и нозологии психозов.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Источник KingMed.info

В.М. Морозов (1907-1996)

На пороге нового столетия, по мнению автора, психиатры должны выработать мировоззрение, которое сближало бы их с представителями других медицинских дисциплин, ибо только полное взаимопонимание обеспечит успешное развитие психиатрии в будущем. Пересмотр мировоззрения возможен лишь при критическом отношении профессионалов к состоянию современной психиатрии. В связи с этим автор считает важным выдвинуть следующие принципиальные позиции для успешного продвижения в будущее: принятие всеми психиатрами биосоциальной модели психиатрии, осознание значения для психиатрии ее научных основ, а именно достижений в области молекулярной биологии, биохимии, генетики и развития новых методов исследования мозга; понимание того, что психиатрия - это медицинская дисциплина и главным ее приоритетом должны быть защита человеческих ценностей и прав, уважение к больному и укрепление его позиций.
Эти принципы фактически уже задолго до нового столетия были обоснованы классиками нашей отечественной психиатрии - С.С. Корсаковым (1893), В.Х. Кандинским (1890), В.М. Бехтеревым (1891), С.А. Сухановым (1905), их учениками и последователями, неотступно и последовательно развивавшими клинико-нозологическое направление при обязательном изучении биологического фундамента психозов и пограничных состояний.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Глава 2. Основные категории психопатологии: симптом, синдром, болезнь

Основа психопатологии - учение о симптомах, синдромах и психических болезнях как сложной совокупности и закономерном сочетании синдромов при различных типах их динамики (специфическом патоки-незе).

Симптомы болезни (от греч. *simptoma* - признак, случай, совпадение) служат отражением патологического состояния различных функциональных систем, обеспечивающих интеграцию психической деятельности. При распознавании и оценке симптома имеют значение его внешнее проявление, характеристика, степень выраженности, а также возможность объективизации, так как при разных симптомах отмечаются различные особенности поведения больных, регистрируемые объективно.

В то же время толкование, интерпретация различных симптомов как отражения расстройства определенного психического состояния или процесса (восприятия, мышления, эмоций) до известной степени условны. Например, при наличии бреда речь идет не только о нарушении мышления, но и в ряде случаев о нарушении аффекта, обманах памяти, расстройстве самосознания и др. В тех случаях когда субъективный и объективный компоненты симптома совпадают, возможно достаточно точное описание симптоматики болезни, что, естественно, способствует уточнению диагностики и позволяет проводить направленное эффективное лечение.

Симптомы сами по себе редко исчерпывают клиническую картину при нарушении психической деятельности. Например, такие симптомы, как тревога и страх, возникают у людей тревожно-мнительного склада (Суханов С.А., 1912) на разных этапах жизни, при воздействии различных стрессовых факторов или у людей «боязливых» (Теофраст, IV в. до н.э.; Цицерон, I в. до н.э.). Гораздо чаще тревога и страх сочетаются с другими симптомами, такими как аффективная подавленность, бредовая напряженность и др. В таких случаях речь идет о формировании симптомокомплексов (термин введен В. Гризингером, 1845, 1881) или синдромов (Крафт-Эбинг Р., 1897).
Синдром (от греч. *syndrome* - стечение, совместный бег) понимается как устойчивая совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом. Синдром может представлять всю клиническую картину, например, кататонии, аменции, меланхолии (депрессии). Часто синдромы являются этапными, на что впервые обратил внимание В. Гри-зингер, полагая, что начальному этапу любого психоза соответствует меланхолия (депрессия), которую затем сменяет мания, а впоследствии развивается бред, предшествующий завершающему слабоумию (Гризингер В., 1845, 1881).

Психоз *(psychosis)* - болезненное расстройство психики, которое проявляется неадекватным отражением реального мира и сопровождается нарушением поведения, что обусловлено развитием несвойственных норме нарушений (галлюцинации, бред, возбуждение, ступор и др.).

П.Ю. Мебиус, впервые разделив все психозы на экзогенные и эндогенные, положил начало и соответствующему делению синдромов (Мебиус П.Ю., 1893). А. Гохе (1901, 1912) дал понятие об «аксиальных» (осевых) синдромах, которые пронизывают течение болезни, являясь центром клинической картины на всем ее протяжении (например, паранойяльный синдром как осевой синдром при паранойе, выделенной Э. Крепелином в качестве самостоятельной болезни).

Понятие «структуры» синдрома А. Кронфельд (1940) рассматривал как закон сосуществования частей в целом. Центральный вопрос син-дромологии - проблема основных синдромологических структур. Основная структура зависит от особенностей болезненного процесса. Эту точку зрения разделяли не только «классические

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

нозологи», такие как Э. Крепелин (1900) и его последователи в России (Корсаков С.С., 1901; Гиляровский В.А., 1938; Снежневский А.В., 1983), но и представители симптоматологического (синдромологического) направления (Гохе А., 1912; Бонгеффер К., 1908; Барюк А., 1920; и др.). А. Гохе в более поздних работах утверждал, что одни и те же синдромы не обозначают единства форм болезни, а могут встречаться в различных нозологических разделах (Гохе А., 1925).
Со времени появления работ К. Бонгеффера достаточно четко установлены критерии выделения синдромов экзогенно-органического круга с учетом особенностей их «основных» признаков (Бонгеффер К., 1901, 1908). Опираясь на свои исследования алкогольных психозов, К. Бонгеффер перешел к изучению экзогенных психических расстройств, т.е. таких, которые «мы видим возникающими вслед за острыми инфекционными заболеваниями - при инфекционной хорее, при острых истощающих заболеваниях другого рода, при кахексии, при анемических состояниях, аутоинтоксикации в результате расстройства кровообращения, уремии, холемии, при диабете, базедовой болезни». Он пришел к следующим выводам: «Разнообразию основных заболеваний противостоит большая однородность психических картин. Напрашивается мысль, что мы имеем дело с типовыми психическими формами реакций, сравнительно независимыми от специальной формы вредоносных моментов, вовлекая в данный круг и механические повреждения мозга, и контузии, и странгуляции, и хронические инфекции, и, отчасти, атеросклероз, и сенильные психозы».

В 1908 г. К. Бонгеффер выделил следующие типы психозов (синдромов):

1. Делирии, связанные с лихорадочными инфекционными заболеваниями.

2. Эпилептиформный тип, который может проявляться в бурном моторном возбуждении и возбуждении со страхом или сохранившейся ориентировкой, или в сновидном сумеречном состоянии сознания.

3. Галлюцинации, близко стоящие к делириям.

4. Состояния ступора различной интенсивности. Они часто связаны с афазическими, апрактическими элементами и элементами персеверации.

5. Аменции в узком смысле слова, с выступающими на первый план признаками спутанности мышления, мимолетными бредовыми состояниями, психомоторными симптомами - характера лабильности аффекта.
По течению синдромы подразделяли:

а) на эпилептиформные состояния, обрывающиеся, как правило, внезапно, с последующим сном и полной критикой;

б) бурное возбуждение, прогностически не вполне благоприятное, часто дающее смертельный исход. Такие формы соответствуют «дели-риум актум»;

в) эмоционально-гиперестетическое течение чаще развивается из подострых делириев и аменций. Прогноз зависит от характера соматического процесса;

г) нередко встречается форма течения, обозначаемая как амнести-ческий симптомокомплекс (синдром Корсакова) с более или менее выраженными полиневритическими и церебральными симптомами. Больные либо выздоравливают, либо у них остается снижение памяти и инициативы;

д) псевдопаралитическая форма характеризуется спинальными и церебральными очаговыми симптомами. Картина близка к дементной форме паралича.

После критической оценки Г. Шпехтом тех «специфических» синдромов, которые возникают при экзогенно-органическом поражении мозга, К. Бонгеффер присоединил

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

к выделенным им органическому и экзогенно-органическому синдромам меланхолический (депрессивный), маниакальный и галлюцинаторно-параноидный синдромы (Шпехт Г., 1917). После этого К. Бонгеффер стал полагать, что нет никакой уверенности в том, что же в конце концов «эндогенно», однако признавал, что картина делирия, которую мы наблюдаем при инфекциях или интоксикациях (алкогольных), совершенно чужда эндогенному психозу. Также и Корсаковский синдром никогда не сопровождает болезни, которые мы рассматриваем как эндогенные.

Г. Штерц (1911, 1930) подошел к рассмотрению экзогенных реакций К. Бонгеффера с несколько иных позиций. Он пытался объяснить их гетерогенность и неодинаковую клиническую значимость, различая при этом 2 группы проявлений - облигатные и факультативные синдромы. Методологическое и теоретическое значение такой идеи для синдромологии чрезвычайно важно. Облигатные синдромы - это те, которые обязательно возникают при каждой экзогенной вредности. По интенсивности и форме течения они вполне отражают экзогенный процесс. Они непосредственно обусловлены соматическим процессом, поэтому там, где отмечаются эти синдромы, обязательно имеются и экзогенные вредности. Г. Штерц доказывает (доказательная психиатрия!) наличие таких первичных специфических синдромов при экзогенных вредностях. По Г. Штерцу, облигатные экзогенные синдромы всегда налицо при соответствующих мозговых процессах и вредностях. Поэтому они в полной мере характеризуют критерий первичного специфического происхождения. Обосновывая свое понимание облигатных экзогенно-органических синдромов, Г. Штерц называет 3 облигатных синдрома: оглушенность, делирий, амнестический симптомокомплекс. В ряду факультативных синдромов обозначаются галлюцинозы, амен-тивные расстройства, эпилептиформные, кататонические синдромы, маниакальные, депрессивные состояния, так же как исходные формы «эмоционально-гиперестетической» слабости. Факультативные синдромы ни по интенсивности, ни по длительности не стоят в строгой параллели с соответствующими процессами. Их положение в экзогенном процессе и отношение к нему относительно самостоятельны. Они не обязательно возникают при всяком экзогенном процессе. В связи с этим Г. Штерц делает предположение, что для существования факультативных синдромов решающим становится индивидуальное предрасположение, а стало быть - эндогенный фактор. Данное заключение Г. Штерца до настоящего времени остается недоказанным, в то время как наличие облигатных синдромов прослеживается во всех случаях острых экзогенно-органических психозов и на более поздних стадиях их существования. Сам принцип подхода с обязательным выделением подобных синдромов является ценен для доказательной диагностики осевых экзогенно-органических процессов (то же относится и к эндогенным процессам).
Начиная с К. Бонгеффера, все исследователи полагали, что различные психосиндромы, которые могут наблюдаться в процессе общих заболеваний, никогда нельзя резко отграничить от сходных с ними симптомов: одно патологическое состояние незаметно переходит в другое вместе с симптомами, относящимися к другому синдрому, так что, например, типичный делирий путем усиления бессвязной спутанности постепенно может переходить в картину аменции, сама аменция сменяется галлюцинозом и т.д. Интерес представляют работы H. Wieck (1956) о симптоматических психозах. Автор говорит о синдромах нарушенного сознания и о синдромах промежуточных, которые носят преходящий характер, называя их переходными (Durchgangsyndrome), к которым относятся аффективные, астенические и другие синдромы. Их возникновение после острых психозов с помрачением сознания, как полагает H. Wieck, служит показателем благоприятного прогноза, так что они могут рассматриваться в качестве «прогностических ориентиров».

Можно прийти к выводу, что круг экзогенно-органических синдромов очень широк. Это чрезвычайно, поскольку подобное положение вещей служит косвенным указанием на

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

наблюдающееся зачастую в практике неоправданное расширение диагностики шизофрении, эндогенного заболевания, при котором достаточно часто встречаются бредовые, галлюцинаторно-бредовые, кататонические синдромы, сами по себе не являющиеся патогномоничными для эндогенного процесса.
В этом плане показательна диагностическая ошибка К. Шнайдера в отношении диагностики случая старшего лейтенанта Е., который, помогая своему товарищу, попавшему в беду в шахте во время взрыва, спустился к нему, но при этом сам подвергся тяжелому отравлению СО. Его вытащили в состоянии тяжелой интоксикации. В течение 10 дней мужчина медленно приходил в себя, но затем у него стали наблюдаться кататоно-негативистические симптомы. Он часто проявлял агрессию в отношении окружающих, был возбужден.

После кратковременного улучшения развились резкое двигательное возбуждение, агрессивность, пациент рвал свои вещи, появились идеи отравления. Затем он стал очень тревожным, слышал бранные голоса из-под кровати, утверждал, что на него воздействуют электрическим током, в его пищу добавляют кал и мочу. В течение всех остальных лет жизни, которые он провел в больнице, ни в какие трудовые процессы его вовлечь не удалось. Через 23 года старший лейтенант Е. умер от туберкулеза. Вся эта длительная картина болезни казалась более близкой к шизофрении. К. Шнайдер, осмотревший больного, заявил, что не находит в статусе ничего экзогенного и считает его близким к классической шизофрении. Все же он высказался за наличие дополнительной вредности. Вскрытие обнаружило обширные симметрично расположенные очаги разрушения в лобной и затылочной долях мозга, склероз аммонова рога, атрофию в одном из полушарий мозжечка и очаговые симметричные некрозы в передней трети *pallidum,* что характерно для тяжелой аноксемии мозга вследствие отравления СО (Клиническая психиатрия / под ред. Г. Груле, В. Майер Гросса. - М., 1967. - С. 276).

Определение основного расстройства при эндогенных процессуальных психозах (шизофрения) также чрезвычайно важно с точки зрения диагностической доказательности и дифференцирования этой нозологической группы. Э. Блейлер (1911) предполагал непосредственно вызванное соматическим процессом нарушение связей, диссоциацию элементарных психических процессов. Свои выводы он связал с учением К. Вернике (1900) о сеюнкции: в транскортикальной части сенсомоторной рефлекторной дуги возникает раздражение и появляются перерывы. Они вызывают отдельные «первичные» синдромы; в зависимости от того, какая область транскортикальной дуги поражена - сенсорная, аутопсихическая или моторная, образуется галлюцинаторная, первично «аутохтонно»-бредовая или психомоторная структура. После поправок, которые внес Э. Блейлер в эти установки, К. Вернике и вслед за ним большинство клиницистов рассматривают «диссоциацию» как основное шизофреническое расстройство. Й. Берце (1914) причисляет к этому «основному» расстройству гипофункцию психической активности, о чем гораздо раньше него писал С.С. Корсаков (1891). В таком понимании методологическое рассмотрение «облигатных», «специфических» эндогенно-процессуальных симптомов и синдромов не просто важный, а необходимый компонент диагностики.

Таким образом, для диагностики эндогенных или экзогенных заболеваний более значимыми считаются «основные», или «облигатные», симптомы, определяющие «осевые синдромы», которые совершенно различны при этих полярно противоположных видах психической патологии.

Если для органического психосиндрома как осевого характерны следующие признаки триады Х. Вальтер-Бюэля (1951): лабильность аффекта, нарушение мышления с его оскудением, торпидностью; мне-стические расстройства и снижение интеллекта, то для эндогенного, процессуального (шизофренического) типичны монотонность аффекта, его «неподвижность» (Блейлер Э., 1911), нарушение мышления с

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

диссоциацией, аутизмом и «ослабление энергии психической жизни» (Корсаков С.С., 1891).

В методологическом плане трудно переоценить значение идей К. Ясперса, которые он высказал в работе «Общая психопатология» (Ясперс К., 1913). Исключив органические болезни мозга, инфекционные и интоксикационные психозы, он разделил все психические расстройства на 2 большие группы соответственно их течению и биологической сущности. Первая группа - это болезненные процессы, отличающиеся определенным течением и всегда ведущие к некоторым изменениям личности (при этом часто выявляются шизофренические черты); другая группа объединяет болезни, при которых обнаруживаются фазы, в которые временами вступает личность, выражая этим свое врожденное предрасположение; здесь шизофренические черты отсутствуют. К процессам мы подходим с логическими критериями объяснения (Erklärung), объективного обнаружения связи, зависимости, закономерности, т.е. вскрываем принцип причинности. Так же как, например, к симптоматологии прогрессивного паралича, белой горячки и других заболеваний. Совершенно иначе мы подходим к тому, что рассматривается как фазы: здесь сочетание симптомов является понятным (verstehen), например, при истерии, реактивной депрессии, невротическом или психопатическом развитии личности. В этой группе «осевых» синдромов представлены разнообразные их проявления и сочетания, характеризующие «личностную динамику синдромов», «личностную синдромологию», «синдромологию развитий» (навязчивости, сверхценные идеи, депрессивные реакции без негативных, меняющих личность признаков).
Болезнь. В психиатрии в процессе развития научных представлений о психических расстройствах и болезни происходило формирование различных концепций сущности психоза, психопатологических феноменов. Рассмотрим основные из них.

2.1. КОНЦЕПЦИЯ Д.Х. ДЖЕКСОНА О ДИССОЛЮЦИИ

Согласно Д.Х. Джексону, сущность психоза состоит в разложении, выпадении (диссолюции) высших, более дифференцированных уровней психической деятельности и высвобождении низших (1931- 1932). В результате картина психоза складывается из признаков дис-солюции и сохраняющейся эволюции. Эта концепция имеет большое значение для психиатрии, в особенности для психопатологии детского возраста, поскольку позволяет понять, каким образом взаимодействуют признаки психоза и возрастные феномены в детском возрасте. Д.Х. Джексон выделял 4 фактора эволюции, имея в виду 3 уровня моторных центров:

1) увеличивающуюся сложность (дифференциацию) воспроизведения большого числа различных движений;

2) увеличивающуюся точность (специализацию) воспроизведения движений, имеющих особое назначение;

3) увеличивающуюся интеграцию, воспроизведение движений более обширных зон тела каждой частью центров;

4) кооперацию - чем выше уровень центров, тем больше связей между ними. Высшие центры наиболее сложны, наиболее специализированы.

Эволюция понимается как переход от наиболее организованного к наименее организованному, от наименее изменяемого к наиболее изменяющемуся, от наиболее автоматического к наименее автоматическому (наиболее произвольному). Процессы, противоположные эволюции, вызванные патологическими факторами, носят название диссолюций; это редуцирование эволюции от наиболее организованного к наименее организованному, от наименее автоматического к наиболее автоматическому.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

По мнению Д.Х. Джексона, наиболее сложные центры наименее организованные. Он писал, что существует 4 фактора, определяющих характер помешательства, психоза: 1) различная глубина диссолюции высших мозговых центров; 2) различие людей, которые подвергаются диссолюции (личностный аспект); 3) различие темпов развивающейся диссолюции; 4) влияние разных местных соматических состояний и внешних условий на людей, подвергающихся диссолюции.

Диссолюция может быть как единообразной, так и локальной (локальная диссолюция высших мозговых центров). Локальную диссо-люцию можно считать 5-м фактором психоза, психической болезни. Д.Х. Джексон высказывает свою позицию о послойном положении высших мозговых центров - слоях A, B, C и D, которым соответствуют 4 степени диссолюции высших мозговых центров, согласующихся в свою очередь с 4 степенями помешательств.

При первой степени (A) - первая степень глубины диссолюции, первая степень помешательства. В таких случаях самый верхний и самый важный слой высших мозговых центров не функционирует в силу действия патологического процесса. Три остальных слоя - B, C и D остаются интактными и продолжают функционировать. Возникновение негативных симптомов связано с выключением слоя A, возникновение позитивных симптомов - с интактностью B, C и D. Мы должны принимать во внимание не только диссолюцию A, но и продолжающуюся эволюцию в слоях B, C и D. Эволюция и диссолюция состоят в обратно пропорциональных отношениях. Чем меньше дис-солюция, тем менее выражены негативные психические симптомы. Представим себе больного, который принимает санитарку за свою жену, а соответствующий негативный элемент заключается в том, что больной не считает ее санитаркой. Его «незнание» - результат болезни (диссолюция A), а неправильное «узнавание» - результат деятельности интактных высших мозговых центров (эволюция, которая продолжается в слоях B, C и D).
Иллюзии, бредовые идеи, странности поведения и патологические эмоциональные состояния больных - это эволюция, а не диссолюция. Дефекты восприятия, ослабление силы разума, нарушение адаптации к среде, отсутствие дифференцированных эмоций относятся к негативным психическим состояниям. Здоровую личность можно определить как общую суммацию этих слоев: A+B+C+D, а больную в приведенном примере - минус A+B+C+D. При четвертой степени глубины диссо-люции, когда не функционируют все 4 слоя (A+B+C+D), речь идет о тотальном негативном поражении: нет позитивных симптомов, нет психической деятельности и сознания. При такой форме психической болезни нет личности, а есть только живое существо.

Вторым фактором считается личность, подвергающаяся диссолю-ции. Помешательство варьирует в зависимости от того, кто заболел (ребенок, взрослый, старик, умный, глупый, образованный, необразованный). Этот фактор заметен при незначительной глубине диссолю-ции. Третий фактор - темп, быстрота развития диссолюции. Чем быстрее развивается диссолюция, тем больше деятельности сферы сохранной эволюции. При сенильном слабоумии диссолюция развивается очень медленно, при постэпилептическом возбуждении - очень быстро. В первом случае больной спокоен, во втором очень возбужден. Низшие уровни сохранной эволюции растормаживаются в первом случае очень медленно, во втором - быстро. Четвертый фактор - местные локальные соматические состояния. Все эти факторы сочетаются между собой, что дает особые клинические картины болезни.

2.2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ

Учение о физиологии мозга базируется на классических работах отечественных физиологов (Сеченов И.М., 1886; Бехтерев В.М., 1891; Павлов И.П., 1923; Анохин П.К., 1975; и др.), а также многих зарубежных исследователей (Шеррингтон Ч., 1897;

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Пенфилд У., 1959; и др.). Значение данных нейрофизиологии для психиатрии трудно переоценить. Например, изучение формирования зрительного восприятия в сравнительно возрастном аспекте показало, что чувство «опасности края» у новорожденного отсутствует и возникает только при зрелости соответствующих мозговых структур. В основе высшей нервной деятельности (ВНД), физиологического эквивалента понятия «психическая деятельность» (Павлов И.П., 1930), лежат рефлекторные механизмы. Существование и функционирование этих механизмов основаны на 3 основных принципах: детерминизма, анализа и синтеза. Остановимся на их краткой характеристике.
Принцип детерминизма (т.е. толчка, повода, причинности) подчеркивает, что многообразие реакции организма служит ответом на определенные раздражители внешней и внутренней среды.

Принцип анализа и синтеза характеризует основной физиологический закон познавательной деятельности, изученной И.П. Павловым с помощью методики формирования условных рефлексов. Аналитическая деятельность заключается в разложении целого на части, а синтетическая, замыкательная - в управлении работой всего организма в целом.

Рассмотренные принципы можно проиллюстрировать на многочисленных примерах нормального постнатального психического развития. Становление ВНД ребенка во многом сходно с развитием ВНД высокоорганизованных животных и подчиняется определенной закономерности. Сначала появляются рефлексы с филогенетически более древних анализаторов (обонятельного, вестибулярного), а впоследствии - с более молодых (слухового, зрительного). В онтогенезе широкая генерализация свойств нервных процессов сменяется концентрацией и специализацией условных связей. Особенностью ранних этапов онтогенеза считается преобладание активационного процесса над тормозным. Относительное равновесие этих процессов наступает к 7-8 годам и временно меняется в препубертатном периоде.

В области патологии нейрофизиологические данные позволяют говорить о разнообразных нарушениях корковой динамики диффузного характера и нарушениях, наблюдающихся в определенных кортикальных функциональных системах и динамических структурах.

Диффузные корковые нарушения проявляются в первую очередь в расстройствах сна и бодрствования. Психиатра интересуют нарушения длительности, глубины и устойчивости ночного сна, а также его инверсия при различных заболеваниях. Сглаженность, стертость границ между сном и бодрствованием, при которых больной одновременно не бодрствует, но и не спит, отражает наступившее фазовое состояние. Именно фазовое состояние, по мнению И.П. Павлова, лежит в основе онейроидных, ступорозных, депрессивных и других психических расстройств. Особенно демонстративно это проявляется в симптоме, описанном И.П. Павловым («симптом последнего слова»): при кататониче-ских состояниях ответы больных отставлены во времени и возникают только на шепотную речь, нередко после неоднократного повторения вопроса или формулировки следующего (1923).
Другими важными корковыми расстройствами считаются нарушения замыкательной дуги, с помощью которой в норме образуются новые связи. При таких нарушениях страдают корковые синтез и анализ. Подобные расстройства замыкательной функции лежат в основе, например, нарушений памяти (антероградная амнезия).

Большое значение нейрофизиологии заключается также в том, что ею накоплены данные, относящиеся к конкретным психическим нарушениям. Например, при идиотии не только возникает глубокое расстройство кортикальных функций, но и обнаруживается невозможность образования простых условных рефлексов; следовательно, такие дети не

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

способны развить даже элементарные адаптационные реакции. Данные о ВНД имеют важное значение для понимания механизмов не только психозов, но и невротических расстройств.

2.3. КОНЦЕПЦИЯ «ЛИЧНОСТНО-ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ СТРУКТУР» Э. КРЕЧМЕРА (1921)

Э. Кречмер связал типы телосложения с определенными формами психозов, например, шизофрению - с шизоидной, астенической конституцией; аффективные психозы - с пикнической, циклоидной; эпилепсию - с атлетической и т.п. По его мнению, преморбидная личность без дополнительного существенного события (причины) уже предиспо-нирована к определенным психозам. Концепция Э. Кречмера, позиции которого разделяли многие немецкие и отечественные психиатры (К. Леонгард, П.Б. Ганнушкин, А.В. Снежневский и др.), послужила отправной точкой, в частности, для изучения преморбида (доболезнен-ного периода) при шизофрении.

2.4. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОЗА З. ФРЕЙДА

Согласно этой концепции психоз развивается в результате неспособности «Я», которое ослаблено и регрессирует на раннюю стадию развития, выступает посредником между требованием «Оно» и внешним миром. Таким образом, именно болезнь «Я» раскрывает сущность психоза (1924). В рамках концепции К. Юнга (1948), который на ранних этапах своего научного творчества был убежденным сторонником идей З. Фрейда, а в дальнейшем развивал собственное направление, психоз служит выражением «архитипического образования коллективного бессознательного».

2.5. АНТИПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ Д. КУПЕРА, Р. ЛЭНГА (1967, 1980)

Это учение формулирует позицию, в соответствии с которой психоз считается не следствием патологии, а выражением свойственного человеку иррационального начала психической деятельности и протеста против существующего социального уклада жизни. Негативное следствие данной концепции - отрицание психиатрии как науки, а также отрицание необходимости оказания психиатрической помощи больным. Антипсихиатры аргументируют необходимость новой, третьей «революции» в психиатрии неадекватностью МКБ-10, которая, по их мнению, включая все поведенческие акты человека в разряд различных психозов и патологии личности, тем самым отрицает возможность существования «психической нормы».

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Глава 3. Понятие конституции и структуры личности

Понятие конституции заимствовано психиатрией из общей медицины. По определению П.Д. Горизонтова (1966), конституция - это совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств организма и определяющих его реактивность.

В понятие прирожденных свойств входят элементы двух категорий - собственно наследственные, обусловленные полученными от предков генами, и те, которые зависят от каких-либо влияний на зародыш или, как обычно их рассматривают, являются следствием поражения зачатка. Достаточно убедительно определение конституции, данное Ф. Краусом (1919): «Конституция - это присущее индивидууму состояние, унаследованное или приобретенное, поддающееся морфологическому или функциональному анализу, возникающее как проявление отдельных функций, так и из суммы телесных и душевных особенностей; состояние, определяющее тип деятельности и развития организма; состояние, характеризующее индивидуума в смысле требований, которые к нему можно предъявлять в отношении его сопротивляемости, способности к возрождению и жизнеспособности».

К психической конституции относится темперамент (от лат. *temperamente* - правильное соотношение частей), который характеризует главным образом темп реагирования и вообще течение психических процессов. Гиппократ (V в. до н.э.) писал о «синкразии», выделяя 4 типа темперамента: сангвинический (люди активные, живые, доброжелательные, «лучезарные»), флегматический (преобладают вялость, тор-пидность, замедленность реакций), холерический (возбудимость, неуравновешенность, непостоянство) и меланхолический (с преобладанием недовольства, склонностью к пессимизму). Понятие «характер» представляет нечто отличное от конституции. По определению Э. Кречмера (1921), характер - «совокупность всех аффективно-волевых возможностей реакций человека в том виде, как они возникают в течение его жизни из наследственных задатков и из всех эндогенных факторов, соматических влияний, воспитания, воздействия среды и перенесенных переживаний».
Дж. Броун, ученик В. Куллена, разделил все болезни и типы конституции на 2 вида: стенический (от греч. ισχύ - сила) и астенический (1790). Действительно, такая дихотомия в значительной степени оправдана. Для психиатрии большое значение имеет астенический тип, который легче и быстрее реагирует на различные внешние (экзогенные) вредности; эти лица более чувствительны, ранимы, истощаемы, сильнее подвержены стрессовым воздействиям.

Однако в жизни встречается больше вариантов личностей с учетом различных оттенков, нюансировок сложных поведенческих реакций, способов ответа на раздражения, получаемые извне. В структуру личности как наиболее существенные элементы входят все врожденные и приобретенные особенности реагирования на внешние впечатления, т.е. конституция, а главное темперамент и характер.

Представления о корреляции между психическими особенностями и соматикой, а конкретно между строением тела и чертами лица, формировалось с давних времен, привлекая внимание многочисленных исследователей. Как справедливо отмечает В.А. Гиляровский (1938), в народных сказках, суммирующих в себе многовековой опыт, различные, резко бросающиеся в глаза особенности психики, нрава всегда соединялись с определенными характерными внешними признаками. Например, черт и ведьма - олицетворение зла и хитрости - всегда изображаются худыми, с острыми чертами лица. Добродушие же всегда ассоциируется с полнотой. В. Шекспир устами Юлия Цезаря высказывается о Кассии именно в этом смысле: «Не нравится мне Кассий: он слишком тощ. Я люблю людей довольных, тучных».

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

В Средние века в Италии существовала наука «тиреология», которая утверждала наличие сходства человеческих лиц с теми или иными животными (Б. Порта, XV в.). В конце XVIII - начале XIX в. Франц Иосиф Галль обратил внимание на то, что у нескольких его сверстников, обладавших особенно хорошей памятью, были выпуклые глаза. У него сформировалась мысль, что определенное строение черепа может служить наглядным доказательством особых душевных качеств и признаков - так была создана френология, предшественница антропометрии. Ж. Лафатер (1775) развивал основы физиогномики. Все эти подходы способствовали формированию учения о соматических и психосоматических типах личности. Одной из первых теорий соматических типов стала концепция французского исследователя Ж. Сиго. В зависимости от преимущественного развития той или иной системы органов он различал следующие типы: церебральный, дыхательный, брюшной и мышечный. В дальнейшем, используя ряд идей Ж. Сиго, уже более ясно и доказательно, в развернутой форме учение о соматических типах и характерах развил Э. Кречмер, которого считают создателем нового конституционально-типологического направления (1921). Э. Кречмер выделил 3 основных типа: пикнический, астенический и гигантический (последний редко встречается).

Пикнический тип отличается сравнительно хорошим развитием всех частей тела, в особенности черепной и грудной, не очень высоким ростом и пропорциональным сложением. Наиболее характерные особенности такого типа личности, как и других, видны на лице. Лицо пикника обращает на себя внимание округлыми, приятными чертами, общей гармоничностью и привлекательностью. Этому соответствуют и некоторые другие признаки, связанные с особенностями вегетативных процессов. Типично, что растительность на лице и голове не бывает сильно выраженной, и у мужчин рано начинается облысение. Имеется также наклонность к ожирению, заметная более всего не в лице, а в фигуре, и сказывающаяся не в молодом, а в среднем возрасте. Пикники предрасположены к подагре, диабету, атеросклерозу. В плане психической организации пикники чаще всего относятся к циклоидным типам. Э. Кречмер, который разрабатывал учение о циклоидах, подробно описал их психику. Он систематизировал наиболее часто встречаемые признаки циклоидов, намечая различные их варианты: 1) общительный, добросердечный, дружески настроенный; 2) ясный, склонный к юмору, живой, горячий; 3) тихий, спокойный, все глубоко воспринимающий, мягкий.
Как подтвердилось в дальнейшем другими исследователями, циклоидный тип приблизительно в 66-70% случаев совпадает с пикническим типом телосложения. Циклоиды очень общительны, по верному определению Э. Блейлера (1922), это люди «синтонные» с гармоничностью и «округлостью» всех проявлений психики, они естественны, легко сливаются со средой и адаптируются в ней. Все их мотивы ясны и понятны, они подвижны и деятельны. По отношению к циклоидам можно говорить, как полагал В.А. Гиляровский, о ряде конституций, представляющих вместе один большой круг. Здесь в основном выделяют следующие конституции: конституциональное возбуждение, конституциональную депрессию и циклотимическую конституцию. На их фоне обычно развиваются аффективные циркулярные расстройства (циклотимия, циклофрения, фазофрения).

Астенический, или лептосомный (по Э. Кречмеру), тип во многом противоположен пикническому. Люди подобного типа, несмотря на свой чаще всего небольшой рост, кажутся выше благодаря худощавости. Грудная клетка неширокая, часто даже узкая, в связи с чем астеники склонны к легочным заболеваниям. Голова не особенно велика, причем лицо в фас имеет форму, напоминающую шестиугольник с закругленными углами. В лице в отличие от того, что мы видим у пикников, нет особенной правильности и пропорциональности, в связи с чем трудно назвать его привлекательным и «правильным». Благодаря выстоянию носа и покатому лбу средняя часть лица при рассматривании сбоку кажется выдвинутой вперед. Для

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

астеников характерна обильная растительность. На голове большинства из них точно шапка из волос, у мужчин обильно растут усы и борода. Астенический тип сложения, как и лептосомный (от греч. «лептос» - тонкий), сочетается с астеническим складом личности, но может соответствовать и шизоидному типу. Шизоидный тип («шизотимы») Э. Кречмер противопоставляет циклоидному. В общем понимании шизоиды - это замкнутые люди, живущие преимущественно своей внутренней жизнью, предпочитающие одиночество, книгу, природу обществу других людей. Им свойственны некоторая внешняя холодность и недоступность при способности тонко воспринимать и живо чувствовать. С эмоциональной стороны для них характерны колебания от некоторой холодности с тенденцией отгораживания от других до очень повышенной чувствительности и ранимости, от анестезии до гиперестезии («психэстетическую» пропорцию шизоидов Э. Кречмер противопоставляет «диатетической» пропорции циклоидов, у которых эмоции колеблются по оси «печаль-радость»).
В соответствии с взглядами Э. Кречмера можно говорить о различных типах шизоидов. К преимущественно гиперестетическим относятся чувствительный, лишенный аффекта; тонко чувствующий, холодный, тип аристократа; патетический тип идеалиста. К преимущественно холодным и тупым типам шизоидного склада Э. Кречмер относит тип «холодного деспота», гневно-тупой тип и тип никчемного бездельника (Wurstigkeit).

Автор дает, например, следующее описание типа Wurstigkeit. Карл Ганнер, кровный родственник Эриха Ганнера, с детства был высокоодаренным и очень злым. Уже со студенческой скамьи он считался не совсем нормальным. Он окончил теологический факультет и некоторое время служил, а затем перешел на филологический факультет, истратив для этой цели последние деньги своих малосостоятельных родителей. Непосредственно перед государственными экзаменами убежал из страха перед ними и исчез в Америке. Там он социально опустился и впал в печальное положение. Он был настолько неловок, что работа на фабрике у машин была сопряжена для него с опасностью для жизни. Попытка рекомендовать его домашним учителем не увенчалась успехом вследствие неаккуратности, нечистоплотности и дурных манер. Долгое время он шатался без дела, и до сих пор неизвестно, на какие средства он жил. В течение дня он читал в общественной библиотеке древние книги, ночью спал на скамьях под открытым небом. При этом ему ничего не было нужно, он жил как аскет, не пил, не курил, не крал и ничего плохого не делал. Молодой эмигрировавший племянник нашел его однажды в таком состоянии: сухой, как скелет, неряшливый, в небрежно надетом костюме. Он простодушно спросил у племянника, как тот поживает; был всегда в игривом настроении, размахивал палкой, пел студенческие песни и приводил много греческих и латинских цитат. Совершенный философ и стоик. Его начитанность была невероятной. Он был эрудирован во всех философских системах. Считал, что ему вовсе неплохо. Племянник посадил его на пароход в Нью-Йорке, заплатив за билет и снабдив хорошим костюмом. Костюм Карл Ганнер продал уже в Бремене, куда девал деньги - неизвестно. Там он однажды пешком, в жалком виде пришел к своим старым родителям. Его дальнейшая жизнь ничего нового не дала. Терпеливые друзья детства дали ему небольшую службу. Он был вполне пригоден для схематической канцелярской работы, но приходил и уходил, когда хотел, имел неприятные манеры, и ничего нельзя было ему сказать, делал язвительные замечания и со всеми ссорился. Свою свободу он считал высшим идеалом, для жизни ему почти ничего не было нужно. Денег у него на руках не оставалось: раздавал и закладывал все. Иногда он появлялся без приглашения у знакомых и родственников, вбегал в комнату, ходил взад и вперед большими шагами, с руками за спиной и не говорил ни слова. Если он произносил что-нибудь, то это было саркастическое замечание. У него была старая сестра, у которой был такой же злой язык, как и у него самого. Когда он встречался с ней, происходили бурные сцены. Он угрожал ей палкой, грубо бранил и называл дочерью пастора. Это было у

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

него самым сильным оскорблением. Я его часто видел: тонкий, сухой человек, с некрасивой позой и движениями, угловатый и беспомощный. Никакой костюм ему не подходил. Ему можно было надеть лучший сюртук, но на нем все висело, он был похож на бродягу. К старости он становился все более странным и неряшливым, непригодным ни к какой работе. Дети бегали за ним по улице. При наличии слабого юмористического штриха в этом случае шизоидный симптом «безразличия» выделяется особенно ярко.

Э. Кречмер пишет, что «шизоиды имеют особую социальную установку». При этом аутизм (преобладание внутренней жизни), рассматриваемый как шизоидный симптом темперамента, имеет оттенки в зависимости от психэстетической шкалы отдельного шизоида. Бывают случаи, когда аутизм служит преимущественным симптомом повышенной чувствительности. Такими крайне раздражительными шизоидами сильные краски и тона реальной жизни воспринимаются как резкие, некрасивые, грубые, неприятные и иногда даже с душевной болью, между тем как для циклоида и для нормального человека они желанны и составляют необходимый возбуждающий жизненный элемент. Аутизм шизоидов проявляется в том, что они уходят в самих себя, стремятся избегнуть всяких внешних раздражений, заглушить их, «закрывают окна своего дома», чтобы в нежном тихом полумраке своего внутреннего «Я» вести фантастическую, «бездеятельную, но полную мыслей» жизнь в грезах. Они ищут, как красиво сказал о себе Стринберг, одиночества, чтобы «закутаться в шелк своей собственной души». Они отдают предпочтение определенной среде, которая не причиняет боли и не ранит: аристократически холодный, салонный мир, механически протекающую чиновничью работу, одинокую прекрасную природу, древность, кабинет ученого. Если шизотимик из чопорного, сверхцивилизованного светского человека становится взъерошенным анахоретом, то скачок уже не так велик. Одна среда дает ему то же самое, что и другая, - единственное, что он вообще желает от внешнего мира: пощаду его гиперестезии.
Напротив, аутизм анестетика - это простая бездушность, отсутствие аффективного резонанса для внешнего мира, который не представляет интереса для его эмоциональной жизни, и к справедливым требованиям этого мира он остается безразличным. Он замыкается в самом себе, потому что у него нет основания делать что-нибудь другое. Характер социальной установки шизоидных людей, а также здоровых шизотими-ков обусловливается как раз психэстетической пропорцией. Шизоидные люди или абсолютно не общительны, или общительны избирательно, в узком, замкнутом кругу, или поверхностно общительны без более глубокого контакта с окружающим миром. Необщительность шизоидов имеет различные оттенки с налетом неудовольствия, защитительного или наступательного характера.

Эта антипатия к общению с людьми варьирует от нежной тревоги, робости и застенчивости, перерастая через иронический холод и угрюмую причудливую тупость до резкого, грубого, активного человеконенавистничества. И самое любопытное то, что эмоциональная установка отдельного шизоида в отношении ближнего переливается замечательными цветами радуги между застенчивостью, иронией, угрюмостью и жестокостью. Красивым характерологическим примером такого рода служит историческая фигура Робеспьера. И у шизофренических душевнобольных эта аффективная установка к внешнему миру часто имеет характер «принятия мер защиты» (Адлер), подобно инфузории, недоверчиво со стороны наблюдающей с полуопущенными ресничками, осторожно выдвигающей свои щупальца и вновь съеживающейся. По отношению к чужим, вновь появляющимся людям, с их стороны пробуется весь регистр психэстетической шкалы с нервозностью и неуверенностью. Это чувство неуверенности переносится на наблюдателя. Некоторые шизоиды производят впечатление чего-то расплывчатого, непроницаемого, чужого и капризного или даже коварного. Но для постороннего всегда остается нечто

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

таинственное за скрывающимися колебаниями шизоидной аффективной установки, чего он не может постичь и что не исчезает.
Многие шизоиды, а в нашем швабском материале большинство препсихотиков, считались в общежитии добродушными. Это добродушие совершенно иное, чем соответствующее свойство характера цикло-идов. Циклоидное добродушие - это добросердечие, готовность разделить горе и радость, активная доброжелательность или дружелюбное отношение к ближнему. Добродушие шизоидного ребенка слагается из двух компонентов: боязливости и утраты аффекта. Это уступка желаниям окружающих вследствие равнодушия, смешанного с робкой боязливостью оказать им сопротивление. Циклоидное добродушие - это дружеское участие, шизоидное - боязливая отчужденность. В соответствующих конституциональных соединениях и это боязливое шизоидное добродушие может получить черты истинной доброты, приятной нежности, мягкости, внутренней привязанности, но всегда проскальзывает элегический налет болезненной отчужденности и уязвимости. Это тип Хольдерлина; послушность известных шизоидных примерных детей можно сравнить с *flexibilitas cerea* кататоников.

Также и застенчивость, довольно часто и специфически шизоидная особенность темперамента с характерными заторможенностью мышления и моторной неподвижностью, бывает точным отображением кататонических симптомов болезни, но лишь в слабой форме. В этих случаях застенчивость служит гиперестетической аффективной установкой при появлении новых лиц в аутистическом заколдованном кругу шизоидной личности. Вступление в него нового человека ощущается как чрезмерно сильное раздражение, вызывает чувство неудовольствия; это чрезмерно сильное раздражение действует, парализуя ход мыслей и двигательную сферу. Беспомощная боязливость по отношению к новым, необычным ситуациям и антипатия к такой смене ситуаций считаются гиперестетическим признаком многих шизоидных педантов и чудаков.
Среди застенчивых, нежно мечтательных шизоидов мы особенно часто встречаем *тихих друзей книги и природы.* Если любовь к книге и природе у циклоидных натур вытекает из равномерной любви ко всему, что существует: прежде всего к человеку, а затем к вещам, то сфера интересов шизоидных людей не обнаруживает такой равномерной окраски. Шизоиды, даже простого происхождения, весьма часто бывают друзьями природы и книги, но с известным элективным подчеркиванием. Они становятся ими вследствие бегства от сообщества людей и склонности ко всему, что спокойно и не причиняет душевной боли. У некоторых эта склонность имеет нечто компенсаторное. Всю нежность, на которую они способны, они расточают красивой природе и мертвым предметам своей коллекции.

Наряду с этими тихими мечтателями среди необщительных шизоидов мы встречаем характерную фигуру угрюмого чудака, который, замкнувшись от внешнего мира в своей одинокой келье, всецело поглощен своими собственными мыслями, все равно, будь то ипохондрические телесные упражнения, технические открытия или же метафизические системы. Такие оригиналы и чудаки внезапно покидают свой угол как «озаренные» и «обращенные в новую веру», отпускают себе длинные волосы, образуют секты и проповедуют в пользу человеческих идеалов, сырой пищи, гимнастики и религии будущего, истории прошлого или всего этого вместе. Многие из этих активных типов - изобретателей и пророков - имеют различные конституциональные соединения и заключают в себе все оттенки - от типичных шизофреников до резко гипоманиакальных. Шизофреники эксцентричны, витиеваты, туманно расплывчаты, мистически метафизичны, склонны к системе и схематическому изложению; гипоманиаки, напротив, лишены системы, говорливы, находчивы, сговорчивы, подвижны, как ртуть. Шизофренические изобретатели и пророки производят впечатление не столько препсихо-тиков, сколько остаточных состояний или даже психозов.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Аутистическая изоляция от других действует, разумеется, в смысле выработки собственного мировоззрения и любимых занятий, но это не обязательно. Некоторые шизоиды не отличаются особенной продуктивностью в мышлении и поступках, они просто необщительны. Они ворчат и уходят, если кто-нибудь появляется; если они остаются, то чувствуют себя страдальцами. Ими овладевает стоическое душевное спокойствие и они ни слова не говорят. У выдающихся «великих молчальников» (Уланд и Мольтке) можно отметить и другие шизотимические черты характера.

Наряду с простой необщительностью характерной чертой некоторых высокоодаренных шизоидов служит *избирательная общительность в замкнутом кругу.* Многие чувствительные аутисты отдают предпочтение определенной социальной среде, определенным сторонам своей психической атмосферы, которые они считают своим жизненным элементом. Это прежде всего изящные светские формы жизни, аристократический этикет. В строго выдержанном, вылощенном формализме нежная душа находит все, что ей нужно: красивую линию жизни, которая нигде и ничем не нарушается, и заглушение всех аффективных акцентов при общении с людьми. Затем этот безличный культ формы прикрывает то, что так часто отсутствует у шизоида: он прикрывает за этой холодной элегантностью недостаток сердечности и непосредственной душевной свежести, что выдает также и в этих тонко чувствующих натурах начинающееся охлаждение эмоций.

Аристократическое начало некоторых шизоидных натур выявляется и у простых людей в потребности к высокомерию, в желании быть лучшими и иными, чем другие. Стремление говорить на изысканном верхненемецком наречии в среде не привыкших к этому иногда вскрывает шизоидное предрасположение. То же касается изысканности в одежде и во внешности. С дальнейшим развитием болезни, со сдвигом психэстетической пропорции эта крайняя утонченность и важность могут перейти в резкую противоположность. Мало того, часто мы находим, что элегантность и полная неаккуратность живут вместе у одного и того же индивидуума. Впрочем, холодную аристократическую элегантность, которая вполне подходит к некоторым здоровым шизо-тимикам, можно проследить во всех шизоидных оттенках вплоть до симптоматологии шизофренических психозов. Там мы находим ее как известную карикатурную напыщенность в речи и движениях. Самое существенное в этой характерологической тенденции - это стремление к замкнутому кругу. Дружба таких шизоидов - это избирательная дружба к одному, неразделимый союз двух мечтающих чудаков или союз юношей, эфирный, торжественный, удаленный от народа; внутри его - экстатический культ личности, вне его - все резко отвергается и презирается. История юности Хольдерлина - наглядный пример в этом направлении.

В шизофренических семьях мы нередко встречаем ханжей. Многие шизоиды религиозны; их религиозность - с тенденцией к мистически трансцендентальному; или она характеризуется фарисейством, набожностью, эксцентричностью, таинственностью, или вращается в ограниченном кругу и удовлетворяет своим личным прихотям.

Так же дело обстоит и с эротикой. Ими движет не горячее естественное влечение, а экстаз и резкая холодность. Ищут не красивую девушку, но женщину вообще, «абсолютное» - женщину, религию, искусство - в одном лице. Или святая, или мегера - середины для них нет. Стриндберг - красивый пример такого типа.

Третья социальная установка шизоидов - *поверхностная общительность без более глубокого психического рапорта.* Такие люди могут быть очень ловкими, расчетливыми дельцами, суровыми властелинами, или холодными фанатиками, или же равнодушными вялыми ироническими натурами, которые вращаются среди представителей всякого круга, но при этом ничего не ощущают. Мы подробнее опишем эти типы у здоровых шизотимиков.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Словом, шизоид не растворяется в среде. Всегда здесь - стеклянная завеса. При гиперестетических типах развивается иногда резкая антитеза: «Я и внешний мир». Его терзают постоянный самоанализ и сравнение: как действую я? Кто поступает со мной несправедливо? Кому я сделал уступку? Как теперь я пробьюсь? Эта черта четко выступает на третий план у талантливых художников, которые позже заболевали шизофренией или происходили из шизофренических семей: Хольдер-лин, Стриндберг, Людвиг II Баварский, Фейербах, Тассо, Микеланджело. Это люди постоянного душевного конфликта, жизнь которых представляет собой цепь трагедий и протекает по одному только тернистому пути. Они, если можно так выразиться, обладают *талантом к трагическому.* Циклотимик вовсе не в состоянии обострить ситуацию, если она трагична; он уже давно приспособился, и окружающий мир к нему приспособился, так он его понимает и находится в контакте с ним. Такой здоровой натурой из пикнически-циклотимической группы был, например, Ганс Тома, который далеко не был так понят, как Фейербах, и жизнь которого все-таки протекала как тихий ручей.

Резкий холодный эгоизм, фарисейское самодовольство и чрезмерное самомнение во всех его вариациях мы находим в шизофренических семьях. Но это не единственная форма аутизма. Другой формой его служат стремление осчастливить людей, стремление к доктринерским принципам, к улучшению мира, к образцовому воспитанию своих собственных детей при полном игнорировании своих собственных потребностей. Альтруистическое самопожертвование высокого стиля, особенно в пользу общих идеалов (социализм, коммунизм, воздержание от алкоголя), - специфической качество некоторых шизоидов. В одаренных шизофренических семьях мы иногда встречаем прекрасных людей, которые по своей искренности и объективности, непоколебимой стойкости убеждений, чистоте духовных воззрений и по твердой настойчивости в борьбе за свои идеалы превосходят самых полноценных цикло-тимиков; между тем они уступают им в естественной, теплой сердечности, в отношении к отдельному человеку и в терпеливом по ни мании его свойств».

Э. Кречмер, представив такое подробное и многогранное описание личностных особенностей шизоида, полагал, что смягченные проявления подобного типа характеризуют нормального «шизотима», который, подобно шизоиду, ощущает неустранимую преграду, всегда сохраняющуюся между ним и окружением.

По мнению Э. Блейлера, «шизоидия» отличается от «синтонии» циклоида как раз тем, что шизоид не смешивается со средой, не может так легко, естественно и органично растворяться в ней, как циклоид. По преобладанию сенситивных, гиперестетических или, наоборот, анестетических элементов можно выделять соответственно «сенситивных» и «экспансивных» шизоидов, т.е. шизоиды могут быть «астеническими» или «стеническими». Стенический радикал проявляется, по мнению Т.И. Юдина (1926), у шизоидов в их своеобразной гордости: «Прощаю все другим, но не прощаю себе». В работе они предельно добросовестны, стремятся к односторонней углубленности, обычно ограничиваясь узким кругом повседневных обязанностей.
Выделяют также «экспансивных» шизоидов, решительных, волевых, не склонных к колебаниям, мало считающихся со взглядами других. В отношениях с окружающими они обычно формальны, официальны, сухи. Строгая принципиальность в отношении одних вопросов может сочетаться у них с потрясающим безразличием к судьбе некоторых людей. Они неспособны к сопереживанию, высокомерны, круты, иногда бессердечны и даже жестоки. Близким к типу «экспансивного» шизоида Т.И. Юдин считает и тот тип, который С.А. Суханов (1921) описывал под названием «резонирующего характера». У таких лиц «наблюдается наклонность к своеобразным рассуждениям при всяком удобном и неудобном случае. В обществе они отличаются разговорчивостью, держатся свободно и больше любят рассказывать и говорить, чем

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

слушать других. Они мало считаются со взглядами других людей и самоуверенны как в поступках, так и в речах; они мало наклонны к колебаниям, наоборот, решительны. Они любят вмешиваться в чужие дела, давать другим советы, но в то же время эгоистичны, их ?Я" стоит обычно на первом месте. Моральные чувствования у них обычно слабо выражены, однако многие резонеры, которые имеют развитой интеллект, пользуются определенным влиянием. Но при слабости интеллекта у них может обнаружиться картина импульсивных вспышек и двигательного возбуждения».

Э. Кречмер и Т.И. Юдин, описывая «шизоидный темперамент», «шизоидную конституцию», выделяют различные оттенки «конституции шизоидного круга». Это имеет очень важное практическое значение в клинической психиатрии для дифференциальной диагностики подобных типов шизоидной структуры от истинной шизофрении как процессуального прогредиентного заболевания. Еще большую важность этот вопрос приобретает с учетом имеющихся тенденций расширять границы шизофрении, особенно в отношении так называемых латентных (Блейлер Э., 1911), мягких (Розенштейн Л.М., 1925, 1933; Крон-фельд А.С., 1928; Гольденберг С.И., 1934, и др.) форм. Чтобы избежать диагностических ошибок и расширительной диагностики «вялотекущих форм шизофрении», нужно иметь в виду следующее. При диагностике шизофрении необходимо опираться на обнаружение главных ее признаков, которые были доказательно описаны Э. Крепелином и Э. Блейлером. Э. Крепелин охарактеризовал «раннее слабоумие» как самостоятельную клиническую единицу (1896), руководствуясь длительным катамнестическим наблюдением за большой когортой больных, у которых начальные проявления болезни были самыми различными (простая форма, бредовые, аффективные, аффективно-бредовые, кататонические, гебефренические, паранойяльные психозы), но в последующем картина значительно упрощалась в связи с проявлениями так называемого «поглупения» (Verblödung) и обеднения всей психики в целом со снижением побуждений и утратой адекватности аффективных переживаний. Еще до Э. Крепелина самостоятельное заболевание «дизнойя» описал С.С. Корсаков (1891), который также отметил характерное для него угасание «энергии психической жизни», а также преимущественные нарушения в сфере ассоциаций (мышления). В.Х. Кандинский (1890) подобным образом выделил «идеофрению». Наконец, Э. Блейлер (1911) в своей работе «Раннее слабоумие или группа шизофрений» ввел в оборот понятие «шизофрения», а также отметил возможность развития «латентных» форм заболевания, однако более подробно этой проблемы не коснулся. Он, хотя и расширил границы шизофрении, так как подошел к ее трактовке в отличие от Э. Крепелина в основном психологически, используя методологию З. Фрейда, четко обозначил «основные» и «дополнительные» симптомы болезни.

К *«основным»* симптомам, без которых диагностика недоказательна, Э. Блейлер отнес «нарушение мышления с его расщеплением», «аутистическое мышление», предполагающее формирование амбивалентности и амбитендентности, а также своеобразное изменение аффективной сферы, аффективности, которое он обозначил термином «steife Affek-tivitat» (неподвижность аффекта). Подобный тип аффекта шизофреника Э. Блейлер противопоставил «аффективной лабильности» органиков, в частности алкоголиков. Таким образом, лишь только наличие всех «основных» симптомов (Э. Блейлер) свидетельствует о доказательности шизофрении. *«Дополнительные»* симптомы - бред, галлюцинации, кататонические, гебефренические проявления и др. могут присутствовать, а могут и отсутствовать. Их наличие при отсутствии «основных» симптомов не позволяет доказательно диагностировать шизофрению, протекает ли она остро, с быстро выступающими признаками опустошения личности, или латентно, вяло.
А. Кронфельд (1928), обративший внимание на расширительную диагностику «мягкой» шизофрении, в специальной работе отмечал, что для диагностики этой формы болезни необходимо иметь в анамнезе указания на наличие хотя бы

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

«стертого» шуба, после которого выступают типические изменения личности со снижением спонтанной активности, одних только «шизоидных» проявлений для диагностики шизофрении недостаточно.

Такую же позицию по данному вопросу занимает К. Берингер при описании различных психопатологических симптомов подобных типов, напоминающих симптомы нерезкой шизофрении. Он считает доказательной диагностику шизофрении при наличии шизоидной структуры личности только тогда, когда имеются признаки прогредиентного течения болезни и очевидно наличие утраты активности подобного рода больных. Й. Берце (1935) считает принципиальным отличием шизоида от больного шизофренией то обстоятельство, что шизоид продуктивен; шизоидность он предлагает обозначать термином «гиперфрения», в то время как больной шизофренией непродуктивен («гипофрения» по Й. Берце).

Впоследствии и Э. Блейлер стал высказываться, что «шизоид - это тип психической реакции, который у каждого имеется в той или иной степени. Надо спрашивать относительно каждого человека не о том, шизоид он или нет, а насколько он шизоиден». В своих последних работах Э. Кречмер также стал более требовательно подходить к диагностике шизоидных типов, с тем чтобы не смешивать их с процессуальными больными шизофренией.

С другой стороны, немало наблюдений свидетельствуют в пользу того, что у будущих больных шизофренией в качестве преморбидных особенностей выявлялись признаки, сходные со структурой шизоида (Крепелин Э., 1920; Вильманнс Г., 1932; и др.). Все это подчеркивает важность выделения таких значимых в психиатрии типов, как циклоид и шизоид, знания основных клинических особенностей подобных типов, сопоставляемых с соответствующими заболеваниями - аффективными психозами (маниакально-депрессивный психоз по Э. Крепе-лину) и шизофренией. Астеническая, или психастеническая, конституция особенно часто встречается у пациентов психиатрической клиники в качестве основного «фундамента», на котором возникают различные невротические реакции, развития и аффективные расстройства.

Основателем понятия «конституционная астения» считают Б. Штиллера, который в 1907 г. описал совокупность признаков подобного «ядерного» типа. Он отмечал у астеников высокий рост, лептосомное телосложение, узкую грудную клетку, подвижное X ребро, слаборазвитую мускулатуру, склонность к побледнению кожи, наличие в некоторых случаях «капельного сердца». Кроме того, у астеников определяют тонкую аорту, спланхноптоз, слабость связок, сухожилий и соединительной ткани. Э. Кречмер находит, что особенности склада мужского астеника заключаются главным образом «в слабом росте в толщину при среднем неуменьшенном росте в длину. Это слабое развитие поперечного размера проходит через все части тела - лицо, шею, туловище, кости, сосудистую систему и через все формы тканей - кожу, жировую ткань, мышцы, кости, сосудистую систему. В соответствии с этим средняя масса тела, а также его объем и ширина оказываются пониженными по сравнению со средними размерами обычного «нормостенического» мужчины. Общая картина при этом следующая: подобный тип представляет из себя худого, тонкого человека, кажущегося выше, чем он есть на самом деле, с бедной соками и кровью кожей, с узкими плечами, с сухими, имеющими тонкие мышцы и тонкокостные кисти руками. Грудная клетка у него длинная, узкая и плоская, на ней можно пересчитать ребра, с острым реберным углом. Живот, руки и ноги тонки и лишены жира.

Вариант этого типа обнаруживает более широкие плечи при плоской, как доска, грудной клетке и очень нежных плечевых костях. Вместо тонкого живота в отдельных случаях выступает дряблый, отвисший живот или отложение жира евнухоидного или

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

женского типа распределения. Часто встречаются варианты астенического типа с более сильным или слабым выражением стигмат телосложения дисгениталь-ной группы, инфантилизма, феминизма и особенно евнухоидного высокого роста с чрезмерной длиной конечностей».
Нередко образуются варианты и комбинации астенического типа с атлетическим, например, при наличии узкой грудной клетки конечности крепкие, мощные, имеется инконгруэнция между лицом и строением тела; встречается средний тип жилисто-стройной фигуры. Астенические мужчины, по Э. Кречмеру, обнаруживают тенденцию к преждевременному постарению. Женщины-астеники значительно схожи по всем параметрам с мужчинами, за исключением того, что они не только худощавы, но и малорослы. Э. Кречмер считает, что в данном случае преобладают астенично-гипопластичные типы. Вследствие этого несоответствие между ростом и массой тела у женщин выражено слабее, чем у мужчин.

Психика лиц астенического, или, как его чаще обозначают, психастенического типа начинает складываться, как полагает Г.Е. Сухарева, достаточно рано, еще в младшем школьном возрасте. Таким детям свойственны выраженная застенчивость, склонность к тревожным опасениям, сомнениям, повышенная впечатлительность, неуверенность в себе, боязливость, обидчивость, тревожность. Классические описания психастенического характера принадлежат С.А. Суханову (1905, 1912). Он ввел для этого типа термин «тревожно-мнительный характер», который, пожалуй, наиболее точно отражает сущность подобной личностной структуры.

Отличительной чертой лиц, обладающих, по С.А. Суханову, тревожно-мнительным характером, считается склонность к излишним тревогам и утрированной мнительности. Люди такого типа очень часто волнуются по поводу того, к чему большинство людей относится более или менее просто и спокойно или даже почти равнодушно. Иной раз подобный человек начинает волноваться из-за таких пустяков, на которые можно было бы вовсе не обращать внимания. Через всю жизнь лиц подобного типа, нередко с тех самых пор, как они начинают помнить себя, яркой чертой проходит склонность к патологической мнительности и болезненным тревогам. Анализируя их поведение и поступки, можно легко убедиться в том, что подобные проявления обнаруживаются различным образом в зависимости от индивидуальных особенностей, от окружающей обстановки, от внешних впечатлений и т.п. Если ученик с тревожно-мнительным характером отправляется на экзамен, то он волнуется подчас так, что «внутри все дрожит», «голова плохо соображает», у него возникает сердцебиение, руки и ноги потеют. С возрастом эти черты характера и соответствующие поведенческие реакции не исчезают. Мать семейства, обладающая тревожно-мнительным характером, наполнена тревожными заботами и опасениями за всех членов семьи, сомневается в реализации даже обычных, рутинных действий. Почтенный мужчина робок и застенчив перед любой самой банальной житейской ситуацией, перед визитом к начальству, перед новым начинанием, в связи с малейшей сменой привычного положения дел.
При наличии тревожно-мнительного характера обыкновенно наблюдается патологическая нерешительность. Прежде чем сделать что-либо, особенно выходящее за рамки обыкновенного, такого рода субъект будет колебаться и раздумывать более, чем это требуется при данных обстоятельствах. Подчас такая нерешительность обнаруживается и тогда, когда предстоит предпринять самое простое и банальное решение. При наличии психастенического или тревожно-мнительного типа личности довольно часто приходится констатировать несоответствие между энергией, затрачиваемой на предварительное обдумывание, и важностью того, с чем такое обдумывание связано. Естественно, что у одного и того же человека этот признак выражен не всегда одинаково и может колебаться в разные периоды жизни. Содержание тревог и проявление излишней мнительности способны меняться, чаще бывает

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

так, что человек успокаивается насчет одного, но начинает испытывать волнение по какому-либо другому поводу. При повышенной впечатлительности у такого лица остается нередко более интенсивный след от многих впечатлений, особенно какого-либо неприятного содержания. Эти неприятные впечатления иной раз чаще, чем нужно, возникают в поле сознания, мешая привычным занятиям, отвлекая от них внимание. Случающиеся у таких людей неприятности долгое время остаются в их памяти. При этом глубина следа, оставляемая данным впечатлением, не соответствует важности последнего.

Если в одних случаях психастеник проявляет слабость воли, часто обусловленную обдумыванием ненужных деталей перед тем, как принять какое-либо решение, то в других случаях он может быть, наоборот, очень решительным и настойчивым; дело в том, что при наличии тревожно-мнительного характера приходится наблюдать патологическую нетерпеливость. Например, если такому человеку предстоит выполнить какое-нибудь решение, то у него появляется потребность сделать это как можно быстрее - то, что в общежитии называют «загорелся желанием». Пока не сделано все, что необходимо, психастеник испытывает недовольство и ему не по себе, поэтому он стремится обязательно сделать то, что задумал; в таких случаях возникают решительность и даже настойчивость, обнаруживается поразительная находчивость в достижении намеченной цели.
Вместе с признаками слабости воли или кажущегося безволия у таких лиц нередко проявляются упрямство, желание сделать по-своему, стремление сделать нужное так, как им хочется. Если же не получается так, как намечалось, у них остается излишне неприятное впечатление от происходящего.

Психастеники часто бывают педантичны, данная их наклонность сказывается в разных мелочах. Они любят, например, чтобы вещи у них в комнате стояли в определенном порядке, они могут отличаться излишней аккуратностью, трудно расстаются с приобретенными привычками, иногда странными для постороннего взгляда. Иногда обнаруживая чрезмерную аккуратность и педантизм в одном, в другом ряде случаев у них наблюдаются беспорядочность и неаккуратность. Отличаясь утрированной брезгливостью, они подчас не боятся пыли и даже грязи, которой себя окружают.

Мнительность и излишние тревоги у такого рода лиц не только связаны с внешними впечатлениями, но и касаются их собственного здоровья. Некоторые из них обнаруживают ипохондричность, беспокоятся больше, чем следует, по поводу своего здоровья, как физического, так и нервно-психического состояния. Однако это не мешает им в то же время вести и совершенно негигиеничный образ жизни. Они вообще часто пугливы, робки, застенчивы, конфузливы, эти качества выражены в разной степени не только у разных индивидуумов, но и у одного и того же человека.

Склонность к тревожной фиксации на «мнимых» проявлениях какого-либо нездоровья причиняет тревожно-мнительному психастенику много неприятностей.

Например, из-за пустяковой раны, ссадины могут возникнуть тревожные опасения насчет возможного заражения столбняком, обращения за консультациями по данному поводу; появление прыщей на лице или на других частях тела порой наводит на мысль о возможном заражении либо о резком снижении иммунитета; признаки обычной усталости, связанной с переутомлением, которое у подобных лиц развивается чаще, чем у других, заставляет думать о грозных симптомах тяжелых заболеваний. Опасения часто появляются после того, как становится известно о заболеваниях у кого-либо из близких или знакомых, в особенности о внезапной смерти какого-либо совершенно незнакомого человека. Подобные тревожные переживания, часто сопровождаясь различными вегетативными проявлениями - сердцебиением, потливостью, сухостью слизистых и др., естественно фиксируют

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

внимание на этих сенсациях, пока не удается разубедить больного в необоснованности тревоги и привести аргументы, отрицающие наличие у него заболевания.
Кроме того, С.А. Суханов отмечает склонность психастеников к образованию различных навязчивых расстройств, из которых самыми частыми считаются навязчивые сомнения. Эти психопатологические феномены будут рассмотрены в специальном разделе, здесь же целесообразно отметить, что в ряде случаев при наличии астенического типа личности с тревожно-мнительными проявлениями приходится проводить дифференциальную диагностику со сходными по клинической картине случаями малопрогредиентной шизофрении. Против диагноза последней свидетельствуют сохранность эмоциональной сферы, теплота и естественность душевных переживаний психастеников, то, что они быстро успокаиваются после психотерапевтического разъяснения неправомерности их опасений, сохраняя все же свойственный им «рисунок» личности на протяжении всей жизни, в которой они сохраняют активность, хотя и часто требуют опеки, поддержки. При этом они могут заниматься общественным делом, иногда весьма крупным и ответственным, обладают высоким уровнем моральных свойств и качеств, отличаются честностью, искренностью, преданностью, достаточно критически относятся к своим слабостям.

Для удобства диагностики данного типа личности мы предлагаем специальную шкалу, которая помогает идентифицировать астенический тип (значения «1» и «2» соответствуют астеническому профилю, «3» соответствует относительной норме либо определяет стенический тип, «4» - показатель шкалы).

ШКАЛА «АСТЕНИЯ - СТЕНИЯ» I. ПОРОГ ВЫНОСЛИВОСТИ

1. Устаю от любой физической (психической) нагрузки, вынужден(а) их избегать.

2. Легко возникают усталость и раздражительность, невыносимость громких звуков, яркого света, резкого запаха. Легко появляются слезы от обиды или радости, но стараюсь это преодолеть.
3. Утомляюсь при интенсивной нагрузке (физической или психической), но быстро восстанавливаю силы.

4. Считаю себя неутомимым, при интенсивных нагрузках психоэмоциональное состояние остается стабильным.

II. СЕНСИТИВНОСТЬ

1. Резко повышена чувствительность к малейшим воздействиям отрицательного свойства - возникает резкое чувство обиды, от которого долго нельзя отойти.

2. Я обидчив(а), но всякий раз стараюсь это преодолеть, хотя и не всегда удается.

3. Обижаюсь, когда сталкиваюсь с очевидной несправедливостью, но могу внешне этого не показать.

4. Не обижаюсь ни при каких обстоятельствах, моя выдержка согласна принять любые аргументы. Лишь иногда подавляю чувство злобы.

III. НЕУВЕРЕННОСТЬ, НЕРЕШИТЕЛЬНОСТЬ

1. Из-за сильной нерешительности не могу предпринимать самостоятельных шагов в любом деле.

2. Прежде чем что-то сделать, испытываю постоянные сомнения.

3. Неуверенность возникает только в очень сложных, напряженных ситуациях.

4. Неуверенность возникает очень редко, этот факт мешает мне в жизни.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

IV. ТРЕВОЖНАЯ МНИТЕЛЬНОСТЬ

1. У меня постоянная мнительность, боязнь какого-либо заболевания, даже при отсутствии тревожных обстоятельств.

2. Если заболевает кто-то из знакомых, то сразу появляется тревога, думаю, что и сам(а) заболеваю.

3. Если неважно себя чувствую, обращаюсь к врачу, спокойно начинаю лечиться.

4. Никогда не испытываю страхов перед заболеванием, если заболеваю, стараюсь справиться сам(а), в крайнем случае обращаюсь к врачу.

V. БУЛИЗИС (ВОЛЯ)

1. Полное отсутствие воли, самостоятельности, легко подчиняюсь чужому влиянию.

2. Мне легче подражать более сильным людям в действиях, чем делать свою линию поведения главной.

3. Не могу сказать, что у меня «железная» воля, но стараюсь сам(а) решать важные проблемы, по большей части это удается.
4. Я всегда решителен(а), независим(а), люблю диктовать свои условия.

Описание истерического характера всегда представляется затруднительным из-за того, что его основные черты интерпретируются многими исследователями по-разному. Истерический субъект отличается прежде всего большей впечатлительностью и неустойчивостью эмоциональных, аффективных реакций.

Всякое впечатление тем резче действует на его психику, чем более оно имеет точек соприкосновения с его психическим состоянием. Поэтому самое большое влияние оказывает то, что сильнее задевает эгоистическую сторону психической личности истерического субъекта. Наоборот, многое из того, что заставляет содрогаться от ужаса лиц, чувствительных к человеческим несчастьям, может совсем не оставлять следа на психике истеричного субъекта, если это, конечно, не имеет непосредственной связи с его личностью. Он легко расстроится, придет в состояние раздражения, если что-нибудь будет сделано не так, как ему хотелось бы, но он останется равнодушным, видя иной раз самое ужасное, но его не касающееся. Психика таких лиц отличается крайним эгоцентризмом и психическим инфантилизмом с характерными для него нетерпением, обидчивостью, капризностью, требовательностью предоставить то, что хочется, «прямо немедленно», со стремлением привлечь к себе внимание окружающих, вызвать всеобщее восхищение, быть в центре событий. Сюда же относятся и стремление к подражательству, фантазирование, пуэрилизм и демонстративность поведения, взбалмошность, непоседливость, неспособность к длительному целеустремленному действию, крайняя отвлекаемость. Более всего таким людям импонирует «легкая» жизнь в праздности с внешней показной пышностью, разнообразными развлечениями, которые, однако, быстро могут наскучить своим однообразием. Они увлеченно предаются «светским» развлечениям, стремятся следовать моде, ярко одеваются, посещают пользующиеся успехом концерты и спектакли, обсуждают жизнь богемы. Часто при этом обнаруживаются доверчивость, привязчивость к людям, склонность к акцентуированной эротизации межличностных отношений при сексуальной холодности. Они легко влюбляются, легко меняют привязанности, быстро остывают, что, естественно, сопровождается возникновением конфликтов на любовной почве. По мнению К. Ясперса (1913), истерик стремится казаться больше, чем есть на самом деле, пережить больше, чем он может. Для истерического типа характерны повышенная внушаемость и самовнушаемость («питиа-тизм», по И. Бабинскому, 1917).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Практика убедительно доказывает, что описанные выше конституциональные особенности (шизоидные, циклоидные, астенические, истерические) очень часто у одного и того же человека комбинируются в различных пропорциях, так что, по мнению Э. Блейлера, у каждого человека есть что-то от шизоида, что-то от циклоида, однако почти всегда можно выделить «осевой», доминантный тип, что очень важно для диагностики личности, так как в картине психического заболевания конституциональные черты играют довольно заметную роль. Стало быть, для диагностики личности знание ее основного склада всегда очень важно. В этом смысле нельзя недооценивать и ту роль, которую в структуре личностных особенностей играют влечения, инстинкты, их выраженность, композиция, преобладающее значение того или иного из них.

По наблюдениям С.А. Овсянникова (1995), «инстинктологический аспект» личности чрезвычайно важен для диагностики прежде всего пограничных психических нарушений, в особенности там, где речь идет о личностной деформации, стойкой и стабильной, что, по П.Б. Ганнушкину (1933), определяет формирование психопатии. Проблема инстинктов и ранее привлекала внимание психиатров, но специально и направленно «инстинктология» до настоящего времени не разработана.

В отличие от позиции З. Фрейда, делавшего акцент на исключительном значении для любого вида психической патологии сексуального инстинкта, необходимо расшифровывать и квантифицировать всю их совокупность. Мы рассматриваем выраженность инстинкта самосохранения, пищевой, сексуальный, родительский - соответственно материнский или отцовский, а также когнитивный (познавательный) инстинкт.

При этом важно выделить доминирующий, основной инстинкт, если нарушена их гармония, так как подобная «инстинктивная доминанта» может определять направленность поведения. С этой целью удобно использовать составленную нами шкалу инстинктов, которая дает представление о «формуле инстинктов человека» (ФИЧ).

ФОРМУЛА ИНСТИНКТОВ ЧЕЛОВЕКА

А. Инстинкт самосохранения (ИС)

0. Я не дорожу своей жизнью, у меня часто бывают мысли уйти из жизни, были попытки самоубийства.

1. Я лишен(а) эгоистических чувств, служение людям и идеалу - главное в моей жизни. Не умею лгать. Во имя чести и справедливости могу сознательно пожертвовать жизнью.

2. Я не люблю лгать, ценю справедливость и стараюсь отстаивать ее, но не жертвуя собой. Материальное благополучие и забота о здоровье не играют для меня большой роли.

3. Материальное благополучие и духовные ценности одинаково важны для меня. Симпатизирую честным людям, но без склонности бороться за справедливость. Нахожу компромиссные решения в любой ситуации. Не буду страдать за других, прежде думаю о себе.

4. Эгоизм - главное для меня, материальное благополучие - основа жизни. Никогда не буду идти наперекор обстоятельствам в ущерб себе. Накопление ценностей дает мне наслаждение. Справедливость и честь для меня ничего не значат, если речь идет о собственной выгоде.

5. Я озабочен только своим здоровьем, постоянно стараюсь не волноваться, безразличен даже к близким людям, оберегаю себя. Жизнь посвящаю своему

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

здоровью. Мнителен, боюсь любого заболевания, охотно лечусь. Больше всего дорожу своим здоровьем и жизнью, боюсь умереть.

Б. Пищевой инстинкт (ПИ)

0. Мысль о еде мне противна, если что-то съем, вызываю рвоту и избавляюсь от съеденной пищи.

1. Еда для меня не главное, ем потому, что это необходимо. Всегда плохой аппетит.

2. Мой аппетит ниже среднего, могу забыть поесть, не замечая этого, особенно если чем-то занят(а), легко переношу голод.

3. У меня хороший аппетит, ем с удовольствием, стараюсь соблюдать пищевой режим в любых условиях, чувство голода неприятно для меня.
4. Люблю вкусно поесть, мой аппетит «выше среднего», ем много, люблю выпить. Считаю себя гурманом, люблю готовить сам(а), нахожу новые рецепты разных блюд, люблю угощать своей стряпней.

5. Я постоянно хочу есть и думаю о еде, ем очень много, часто без разбора, прожорлив(а), это меня не смущает. Имею избыточную массу тела.

В. Сексуальный инстинкт (СИ)

0. У меня вообще нет желания половой близости. Мне это всегда безразлично или даже противно.

1. Я испытываю половое влечение 1-2 раза в год. Близость не дает удовлетворения и радости. Иногда бывают эротические фантазии.

2. Половое влечение возникает не чаще 1 раза в месяц. Романтическая сторона отношений интереснее, чем физическое сближение. Неуверен(а) в своих половых способностях.

3. У меня нормальное половое влечение 3-4 раза в неделю. Нет никакой неуверенности и дискомфорта, почти всегда яркий оргазм.

4. У меня сильное половое влечение к любому человеку, попытки близости могут быть ежедневными, отдаюсь любви без остатка. Нет никакой неуверенности, есть лишь радость и желание.

5. У меня непреодолимое желание половой близости, секс - единственная и главная цель моей жизни. Такое понятие, как любовь, менее значимо, чем секс. Нравятся изощренные формы близости, думал о гомосексуализме.

Г. Родительский инстинкт (РИ)

0. Детей не имею и не хочу иметь. Они мне безразличны или противны. Не люблю ни кошек, ни собак.

1. Не имею детей, не люблю их, лучше заведу кошку или собаку.

2. Я имею ребенка, но не люблю его. Появление ребенка связано с желанием мужа (жены).

3. У меня один ребенок, его появление было для меня желанным, хочу иметь еще одного ребенка, спокойно отношусь к трудностям воспитания. Люблю детей в меру.

4. Я люблю детей, хочу иметь много детей, легко переношу все трудности и нагрузки, связанные с их воспитанием. Дети меня любят.
5. Дети - единственный смысл моей жизни, я дрожу над ними, готов(а) жертвовать для них всем, прощать им все. Могу взять на воспитание чужого ребенка.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Д. Когнитивный (познавательный) инстинкт (КИ)

0. Не имею желания ничему учиться, считаю это пустым делом.

1. Учеба никогда не давала мне никакого удовлетворения.

2. Я иногда прислушиваюсь к разговорам о новых книгах, но читать их не люблю. Охотнее смотрю развлекательные программы по телевидению, то, что смотрят все.

3. Я всегда охотно учусь - нравится узнавать новое, стремлюсь не отставать от общего уровня, но в ученые не рвусь. Хочу знать столько, сколько мне нужно для жизни.

4. Книги, чтение, образование занимают большое место в моей жизни. Много читаю, собираю книги, но все это без фанатизма. Познание нового радует и вдохновляет.

5. Смысл моей жизни в постоянном познании нового, в науке и искусстве, я постоянно читаю, когда есть свободное время, или пишу сам(а). Всего себя отдаю постижению нового.

Ниже приведена шкала инстинктов, построенная как квантифи-кационная, что позволяет определить выраженность каждого инстинкта по числовым коэффициентам от 1 до 5. Практика показала, что пациенты достаточно свободно справляются с заполнением анкеты по ФИЧ, а это свидетельствует об адекватности методики и дескрипторов.

ШКАЛА ИНСТИНКТОВ

Шкала	Показатель					
	0		2	3	4	5
Д (КИ)	0	1	2	3	4	5
Г (РИ)	0	1	2	3	4	5
В (СИ)	0	1	2	3	4	5
Б (ПИ)	0	1	2	3	4	5
А (ИС)	0	1	2	3	4	5

Существуют различные варианты ФИЧ (при математическом обсчете их более 10 000), но суть их можно свести к нескольким основным типам. При наличии во всех дескрипторах цифры 3 после заполнения шкалы мы имеем средний, «нормативный» вариант, свидетельствующий о нормальной детерминированной выраженности основных инстинктов; обусловлено это известной «гармонией» в сочетании основных свойств личности, что формирует устойчивое поведение в стандартных ситуациях, при которых создаются условия для «насыщения» каждого инстинкта.
Однако чаще всего в условиях практической работы у больных, в частности с наличием пограничной психической патологии, встречаются варианты с большим разбросом показателей по разным инстинктам. Это позволяет говорить об акцентуации какого-либо из них либо об основном, преобладающем инстинкте, явно выступающем вперед на фоне всех других. Таким образом, можно характеризовать основную биологическую, инстинктивную направленность личности. Например, при абсолютных значениях «5» по пищевому инстинкту отмечаются явные признаки так называемого пищевого поведения с булимией либо, наоборот, с проявлениями анорексии при показателе «0». При показателе «5» по сексуальному инстинкту мы наблюдаем явления гиперсексуальности (при наличии «0» - асексуальности).

В связи с этим формула нормы может быть записана так: А - 3/Б - 3/В - 3/Г - 3/Д - 3 = 15,0. При акцентуации пищевого инстинкта (синдром Пиквика): А - 3/Б - 5/В - 3/Г - 3/Д - 3 = 17,0.

При наличии сатириазиса или нимфомании: А - 3/Б - 3/В - 5/Г - 3/Д - 3 = 17,0.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Подобные гипернормативные или гипонормативные типы ФИЧ чаще всего, как видно, могут наблюдаться у психопатических личностей (пищевая психопатия, половая психопатия и т.д.). Кроме того, у психопатических личностей в шкале инстинктов наблюдается дисгармоническая комбинация отдельных компонентов (максимальное значение одного из них при минимальных значениях других).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Глава 4. Патология восприятия

Восприятие представляет собой сложную систему процессов приема и преобразования информации, что позволяет организму реализовать функцию отражения объективной действительности и ориентировку в окружающем мире. Вместе с ощущением восприятие синтезирует отправной путь процесса познания; поставляя организму подходящий чувственный материал, оно так или иначе опосредуется мышлением и проверяется практикой.

Из многочисленных раздражителей, действующих на организм, воспринимается лишь часть. Это зависит как от физиологических особенностей структуры мозга, так и от предшествующего опыта. Человек не фотографическая картинка и не воспринимает пассивно все, что влияет на его органы чувств. Он воспринимает лишь то, что соответствует его установке, заинтересованности, оставляя на заднем плане или исключая все остальное.

Восприятие, в отличие от ощущения, бесспорно, включает центробежный (фугальный) компонент и является активным, что подтверждает и семантика термина «восприятие». В основе восприятия действительно лежит совокупность изолированных ощущений, что в конечном итоге и приводит к восприятию. Однако это относится лишь к анализу предметов и явлений, не имеющих связей с прежним опытом, совершенно новых для субъекта, чуждых ему, требующих исследования. Таким же образом процесс восприятия увязывается с социально-историческим и индивидуальным опытом, представляет собой общий процесс узнавания и усвоения предметов и явлений, а этим определяется дальнейшее восприятие деталей, отдельных частей предмета. О понятии структуры по отношению к восприятию следует говорить, не только имея в виду определенное анатомическое строение мозговых аппаратов, но и как об особом функциональном принципе.

При этом наиболее важно считаться с поражением или патологической заинтересованностью области интерпариетальной борозды, имеющей значение для синтеза ощущений, относящихся к различным органам чувств. Ряд исследователей показали, что при поражении этой зоны наблюдаются патологические явления, входящие в понятие метамор-фопсии, когда искажается форма воспринимаемых объектов, кроме того, могут отмечаться расстройства схемы тела, когда больному, например, кажется, что его голова или тело увеличиваются и занимают всю комнату, и т.д. М.О. Гуревич (1949) показал, что эти расстройства церебральных аппаратов, изучаемые неврологами, имеют значение и в клинической практике психиатров

С точки зрения представителей гештальтпсихологии, окружающее всегда воспринимается как некое единство, имеющее передний и задний план. В русле этой психологии развивается идея К. Гольдштейна (1880), связывающего с деятельностью лобных долей способность выделять существенное, отграничивать «фигуру от основного фона». Хотя методы гештальтпсихологии и не в полной мере отвечают всем требованиям универсального метода объяснения психических явлений, но этот структурный принцип сам по себе заслуживает внимания.

Механизм восприятия зависит от правильной функции рецепторов (органов чувств) и анализаторов (центральных органов), состоящих из ряда трансформаторов (нервные узлы), при посредстве которых энергия, получаемая из внешнего мира, превращается в субстрат для психической функции восприятия. Также этот механизм зависит от состояния сознания и внимания, а кроме того - от социального опыта. Особое значение имеют нарушения функций центральных механизмов восприятия, тем более если имеют место не полное выпадение функций, а лишь патологические изменения, ведущие к извращению чувственного опыта и к так называемым обманам чувств, которые и считаются основными психопатологическими расстройствами, связанными с нарушениями в данной сфере.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

4.1. ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Научное понимание и определение галлюцинаций сложились в процессе исторического развития изучения этой проблемы психиатрии. Первоначальное значение слова *«alucinatio»* в переводе с латинского соответствовало таким понятиям, как «бессмысленная болтовня», «несбыточные мечты», «пустые бредни». В период Ренессанса Ж. Фер-нель во Франции применил термин «галлюцинации» в разделе «Патология» своего трактата «Всеобщая медицина» (1554), где описывались заболевания глаз. Он пояснил: греки называли галлюцинацию термином *«parorhasis»,* что означает нарушение зрения. Ж. Фернель отмечал, что при галлюцинации имеется болезненное окрашивание роговой оболочки в лимонно-желтый цвет или она становится красной, воспаленной. Очевидно, что бытовое, утилитарное понимание слова «галлюцинации» постепенно начинает принимать научный смысл, обозначая болезненное расстройство. Позднее швейцарский врач Ф. Платер (1625) писал по поводу галлюцинаций: «Помешательство, или галлюцинация, называемая также греками *"paraphrosine",* состоит в том, что люди воображают вещи, которых нет, или о вещах, которые имеются налицо, воссоединяют извращенные суждения и плохо помнят все вообще или отдельный какой-либо предмет, причем описанные расстройства наблюдаются у них в мыслях, речах или в действии». Отсюда видно, что автор отождествлял термин и понятие «галлюцинация» с понятием «помешательство вообще». Также в эпоху Ренессанса П. Заккиас (1624) в книге «Судебно-медицинские вопросы», выделяя класс «меланхолия», перечисляет следующие ее разновидности: «ипохондрическая меланхолия с частичным бредом», «ипохондрия без бреда» и «галлюцинации без бреда». Здесь впервые понятие галлюцинация отделяется от бреда как самостоятельное явление.

В дальнейшем разные исследователи дали ряд определений галлюцинаций. Например, К. Линней (1763) в книге «Роды болезней» разделил эти феномены на слуховые, которые он обозначил по-гречески *«syringmos»,* и зрительные - *«phantasma»,* самого же термина «галлюцинация» ученый не применял.

Наконец, Жан Этьен Доминик Эскироль в своем «Руководстве по психиатрии» (1838) окончательно формулирует научное понятие «галлюцинация». Он пишет так: «Человек, который имеет глубокое убеждение о наличии у него в данный момент восприятия *(sensation),* в то время как нет никакого внешнего объекта в пределах досягаемости его чувств, находится в состоянии галлюцинации - это визионер» (от франц. *visionnair* - фантазер, мечтатель). В таком определении обнаруживается полное соответствие означаемого и означающего, кроме того, оно включает в себя фактор личности галлюцинанта, что дает возможность системного понимания этого клинического феномена, при котором отмечается и нарушение в сфере восприятия, и наличие стойкого убеждения в ошибочном суждении.
Если коротко резюмировать определение галлюцинаций, то *галлюцинация - это восприятие без объекта* (Балль Б., 1881), *или мнимое восприятие.*

В.П. Осипов (1923) писал, что галлюцинация - не простое представление, не только воспоминание чего-то прошлого, так как воспоминания не носят чувственной окраски, доводящей их до степени восприятия как реальных предметов или звуков. Вот почему галлюцинация может быть определена как восприятие чувственных признаков идеи (Бриер де Буамон, 1862), точнее - идеи, представления с его чувственными признаками.

Можно также сказать, что *галлюцинация - это восприятие не существующего в данный момент перед лицом галлюцинирующего реального предмета.*

С.С. Корсаков (1901) определял галлюцинации как представления, соединенные с ощущениями, соответствующими таким предметам, которые в действительности в данную минуту не производят впечатления на органы чувств человека. Часто

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

приводится как довольно удачное определение К. Гольдштейна (1880): «Галлюцинация есть чувственное переживание прошлого восприятия без наличия соответствующего ему внешнего раздражителя». По существу же, как замечает В.П. Осипов, все определения галлюцинаций - лишь варианты определения, данного Ж. Эскиролем. Исторически сложилось деление галлюцинаций по органам чувств, которым они соответствуют. Еще в первой работе Ж. Байярже (1846), посвященной этой теме, галлюцинации разделяются на слуховые, зрительные, вкусовые, обонятельные, осязательные (тактильные), или галлюцинации кожного чувства, галлюцинации мышечного чувства, а также висцеральные, которые характеризуются мнимыми ощущениями во внутренних органах.

Зрительные галлюцинации могут иметь элементарный характер - видения света, искр, не соответствующих внешним раздражителям световых и цветовых ощущений, не имеющих определенной формы (вспышки, цветные пятна). Такие расстройства обозначают как *фото-псии,* они чаще встречаются при органической патологии, например, сопровождают ауру у больных эпилепсией.
При типичных зрительных галлюцинациях больному видятся какие-нибудь определенные фигуры, лица или настоящие сцены. Это могут быть различные звери, насекомые, люди, знакомые и совершенно незнакомые. Такие видения иногда статичны, неподвижны, но могут быть и движущимися. Иногда галлюцинаторные образы носят устрашающий характер. Их размеры самые разные, от очень малых (микроскопических) до очень больших (макроскопических).

Яркость и необычность галлюцинаторных переживаний находят свое отражение в художественной литературе. Вот как описана зрительная галлюцинация в стихотворении Э. По «Черный ворон»:

...Только я наружу глянул, как в окошко Ворон прянул. Древний ворон - видно, прожил он несчетные года. Взмыл на книжный шкаф он плавно и расселся там державно, Не испытывая явно ни смущенья, ни стыда, Словно так сидел всегда...

Я сидел, молчаньем скован, взглядом птицы околдован, Чудилась мне в этом взгляде негасимая вражда...

Иногда галлюцинанту видятся не целые фигуры людей, а только отдельные части: огромные головы, страшные глаза, разрубленные на куски части тела, кровь и т.д. Описаны случаи видения своего двойника, который повторяет все движения больного (аутоскопические галлюцинации). Поэтическое изображение переживаний этого рода представляет «Двойник» Г. Гейне. Своего двойника видел в галлюцинаторных переживаниях И. Гёте.

При *слуховых* галлюцинациях больные воспринимают несуществующие звуки. Иногда они элементарны: шумы, свист, гудение, скрежет, стук, грохот, звон - и определяются как *акоазмы,* иногда более сложные: например, оркестровая музыка. В других случаях это отдельные звуки (фонемы), оклики, слова или целые фразы, произносимые знакомыми или незнакомыми людьми. Голоса могут исходить из разных частей помещения - из-под пола, из-за стен, с потолка, с ближних или дальних расстояний. Такие голоса могут быть тихими, громкими, гневными, просительными, приказывающими (императивными). Слуховые галлюцинации в виде голосов называются *вербальными.*
Больные могут слышать крики, брань, угрозы, длинные диалоги. При этом в ряде случаев одни голоса выступают против больных, другие, наоборот, их защищают (антагонистические, или манихейские галлюцинации, описанные В. Маньяном, 1897). Голоса кажутся вполне реальными, слышатся ясно и четко, что заставляет больных реагировать на них соответствующими поступками, действиями, ответами. При наличии голосов неприятного содержания некоторые больные затыкают уши; если

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

голоса говорят что-то приятное, интересное, больные замирают, внимательно слушают, улыбаются.

В.А. Гиляровский (1949) описывает случай, когда одну молодую, скромную девушку, страдающую шизофренией, мучили голоса, выкрикивающие циничную брань в ее адрес. Ей казалось, что брань произносили ее сослуживцы, находившиеся в той же комнате.

Обиды, наносившиеся ей таким образом, были настолько невыносимы, что она нередко требовала объяснения от своих коллег и приводила их в недоумение. Подобные реакции в ответ на высказывания «голосов» формируют галлюцинаторное поведение, что служит объективным доказательством наличия слуховых обманов. Бывают случаи, когда больные целыми днями ведут диалоги со своими воображаемыми собеседниками.

При наличии *обонятельных* галлюцинаций больные чувствуют различные не существующие реально в данный момент запахи - гари, копоти, газа, падали, мертвечины, испражнений. Реже возникают ощущения запахов приятного свойства - аромата цветов, благоухания лесных трав.

При возникновении *вкусовых* галлюцинаций больные говорят о приятном или, наоборот, резком, отвратительном вкусе во рту. Неприятные обонятельные или вкусовые галлюцинации часто заставляют больных отказываться от пищи, что объективно указывает на наличие подобной патологии.
При осязательных (тактильных), или кожных, галлюцинациях (их называют также галлюцинациями общего чувства) у больных появляется ощущение ползания по телу или под кожей насекомых, паразитов, прохождения по коже каких-то разрядов, ощущение покалывания, щекотания. В. Маньян (1897) обратил внимание на частоту возникновения ощущения «ползания мурашек» под кожей у кокаинистов. В.А. Гиляровский (1949) описал пациентку-кокаинистку, у которой возникал сильный зуд кожи всего тела, она была убеждена, что там у нее накапливаются вши. Больная не только постоянно расцарапывала себя, но и требовала, чтобы врачи разрезали ей кожу для освобождения от этих насекомых.

Ощущения прикосновения чужой руки к своему телу обозначаются как *гаптические* галлюцинации.

Висцеральные (интероцептивные) галлюцинации характеризуются ощущением явного присутствия в полости тела, чаще в животе, инородных предметов, живых существ, иногда неподвижных, но часто находящихся в движении.

Галлюцинации обонятельные, вкусовые, кожного и мышечного чувства, общего чувства подчас трудноотличимы от иллюзорных восприятий, так как в этих областях чувств не всегда возможно исключить наличие какого-либо реального раздражителя в форме легкого запаха, вкусового ощущения и парестезий, неправильно оцениваемых больными.

Все описанные галлюцинации воспринимаются больными как предметы и явления реальной действительности, для больных они действительно объективная реальность. Галлюцинирующие пациенты действительно видят, слышат, обоняют, чувствуют то, чего на самом деле в настоящее время нет. Вот как говорил об этом один из пациентов В. Гризингера (1845): «Я слышу голоса, потому что слышу их; как это делается, я не знаю, но они для меня так же явственны, как и Ваш голос; если я должен верить в действительность Ваших слов, то позвольте же мне верить и в действительность слов, которые я слышу; как те, так и другие для меня в равной степени ощутительны». Такие галлюцинации, убежденно осознаваемые как объективная реальность восприятия, называются *истинными.*

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Что касается выраженности галлюцинаций, то в начальном периоде болезни они могут быть очень яркими, больные живо реагируют на них, галлюцинаторное поведение проявляется достаточно заметно. На поздних этапах болезни, например, при длительно, годами текущей шизофрении, яркость галлюцинаций тускнеет, больные привыкают к наличию «голосов», «сживаются» с ними и могут в ряде случаев спокойно, «правильно» к ним относиться.

Голоса иногда слышатся не со стороны других людей, не сверху или снизу (это относится и к «видениям»), а неизвестно откуда. Это не мешает оставаться им галлюцинациями в собственном смысле. Однако возможны такие случаи, когда какие-либо зрительные образы галлюцинаторного характера локализуются где-то позади больных, вне поля их зрения. Одна пациентка В.А. Гиляровского видела 2 особенные светлые полосы позади своих глаз, где-то внутри головы. Э. Блейлер (1903) дал таким переживаниям название *«экстракампинные* галлюцинации», т.е. находящиеся вне поля зрения.

Кроме того, некоторые зрительные галлюцинации могут возникать только при засыпании - *гипнагогические* галлюцинации, либо только при пробуждении - *гипнопомпические* галлюцинации.

Помимо описанных выше галлюцинаций, встречаются и более редкие виды, такие, как *гигрические* (с ощущением появления влаги на поверхности тела) и *температурные* галлюцинации (больные ощущают изменение температуры с чувством холода или тепла на поверхности тела).

К. Кальбаум (1874) ввел понятие о *«функциональных галлюцинациях»* в отношении истинных слуховых обманов, которые характеризуются тем, что появляются при наличии действительных внешних звуковых раздражителей. При этом голоса возникают, когда больные, например, слышат шум льющейся воды, завывание ветра за окном, гул работающего мотора. После исчезновения такого гула или шума исчезают и истинные слуховые галлюцинации. В.А. Гиляровский описал пример такого рода.

Больная Н., 50 лет, уборщица. Училась только 2 года и осталась полуграмотной. Работала по домашнему хозяйству, потом в селе. По характеру застенчивая, любила быть одна. В 18 лет вышла замуж. Беременностей не было. Год назад овдовела, сразу начался климакс. Первые проявления болезни стали отмечаться 4 мес назад после поступления ее на фабрику «Гознак». В шуме машин начала слышать голоса, ей казалось, что машины поют песни. Вода, выливавшаяся из крана, как ей слышалось, выговаривала: «Иди на фабрику, Наденька». Голоса надоедали ей настолько, что трудно было работать. Сначала они слышались при наличии только реальных звуков. Последние 3 мес они стали слышаться и сами собой в полной тишине. Потом машины стали говорить, что заведующий интересуется ею, хочет на ней жениться. Голоса слышатся обоими ушами. При закрывании ушей они исчезают. В дальнейшем содержание галлюцинаций сводится к разговорам о заводе, о заведующем, о переходе в другую мастерскую, иногда это оклики по имени, однообразные приказания («Иди домой, Наденька»). Один раз попросила заведующего остановить машины, и голоса на некоторое время прекратились. Решила, что заведующий остановил машину, производящую голоса. Уверена в реальности слышимых ею звуков. После помещения ее в клинику оставалась убежденной в существовании каких-то машин и здесь, просит сломать их.

В данном случае В.А. Гиляровский рассматривает звуковые феномены как функциональные галлюцинации Кальбаума, возникающие, когда соответствующие органы чувств, в данном случае речь идет о слухе, находятся в состоянии функционального возбуждения. У этой больной можно было экспериментально

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

вызвать галлюцинации, приставляя к уху карманные часы или заводя метроном. Галлюцинации возникали вслед за внешними раздражениями, отражая их ритм. К. Кальбаум (1874) предложил также выделять «рефлекторные галлюцинации». Они возникают в сфере одного анализатора при действии реального раздражителя на другой анализатор. Примерами могут служить зрительные галлюцинации, возникающие в ответ на звук камертона, или необычные ощущения во внутренних органах при совершении действий, не имеющих прямого влияния на работу сердца, желудка, кишечника и т.д. Как пример Э. Блейлер (1916) описал больного, у которого в ответ на звук поворота ключа в замочной скважине возникало ощущение такого же движения ключа, поворачивающегося в его сердце. В. Майер-Гросс (1957) привел аналогичный пример, когда его пациент в состоянии мескалинового отравления говорил, что звуки губной гармоники вызывают у него такое ощущение, что через него проходят громко звучащие черви.

Истинные галлюцинации могут быть простыми, если ограничиваются областью одного анализатора, одного органа чувств, или сложными, когда они распространяются на несколько органов чувств. Галлюцинации это обычно не изолированные психопатологические феномены: они часто представляют лишь одно из проявлений психоза. Зрительные галлюцинации обычно возникают при помрачении сознания (белая горячка у больных алкоголизмом), слуховые галлюцинации чаще обнаруживаются при ясном сознании и могут сопровождаться бредом (галлюцинаторный бред).

При наличии ярких галлюцинаций у больных белой горячкой нет необходимости спрашивать пациентов, что они «видят», так как галлюцинации отражаются на всем их поведении и могут определяться по тому, что больные говорят, по их речи, ответам на воображаемые вопросы, по их мимике, тем или другим поступкам. Известный практический прием в таких случаях - предложение «поговорить по телефону»: больному можно дать какой-то посторонний предмет или ни с чем не соединенную трубку. При этом он сразу начинает вести оживленную «беседу». Зрительные галлюцинации при делириозных состояниях заметно усиливаются при надавливании на глазные яблоки (способ Липмана, симптом Липмана). В таких случаях галлюцинации иногда можно внушить больному, спрашивая, что он видит вверху чистого листа бумаги, слева, справа. Вот один пример, с особой яркостью описывающий картину делирия.

Больная Г., 63 лет. Поступила в клинику II Московского медицинского института из соматической больницы 23 апреля 1943 г. Всегда была спокойная, общительная. Несколько месяцев плохо питалась, сильно ослабела, все время лежала. В марте 1943 г. заболела рожей. После купирования воспалительных явлений развилась картина делирия с яркими галлюцинациями: видела, как по палате шествовали звери, которые предлагали ей вкусные блюда. При поступлении в клинику крайне истощена, очень слаба, ходит только с посторонней помощью. Кожа сухая, дряблая. На крестце намечаются пролежни. Гемоглобин 61%, РОЭ 14 мм. Недостаточно ориентируется в месте и времени. Эйфорична. Яркие зрительные галлюцинации: на зеркальной поверхности видит большой сочный кочан капусты, а над ним в воздухе порхают котлеты. Перед ней стоит маленький турок, такой, что может уместиться на ладони, он в пестрой куртке, яркой феске, он режет ломтиками ветчину и кладет ей в рот, кидает в рот также бутерброды, которые больше самого турка. Перед ней поля спелой ржи, среди которой синие головки васильков, больная слышит пение жаворонка, видит его в голубом небе. Охотно рассказывает о своих галлюцинациях. На нее наехало метро, прямо на спинной мозг. Вагончики лезут один за другим, проскакивают через голову, сами пролетят, а рамочки оставят. В мозгу она чувствует металлические спирали: «Как по голове стукнут, спираль с визгом и воем, как сирена,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

протянется по всему мозгу». Говорит об этом, как об ощущении. В голове стучат молоточки, мешают спать. Эйфорична, но часто плачет. Память прошлого сохранена.

Затем галлюцинации уже не отмечались, появились особые фантазии. Начала представлять все, о чем ей говорят. Если спросят, не слышит ли она пение жаворонка, тут же соглашается. Часто находится в состоянии грез, полусна. В дальнейшем - нарастание физической и психической слабости, резко снизилась память. Exitus - 4 июля 1943 г. На секции: алиментарная дистрофия. Резкое общее истощение и малокровие. Бурая атрофия печени и миокарда. Атрофия желудочно-кишечного тракта. Отек мягкой мозговой оболочки, артериосклеротический нефросклероз.

В данном клиническом случае особенно отчетливо видна связь содержания галлюцинаций с переживаниями последнего времени, когда больная голодала. Отмечаются обилие галлюцинаций, их сценоо-бразность и фантастичность.

Очень интересны также описания обманов чувств, составленные имевшими их врачами. Одно из них принадлежит талантливому психиатру В.Х. Кандинскому (1880), страдавшему душевным расстройством и описавшему испытанные им явления в специальной работе.

«Страдая около 2 лет душевною болезнью, я испытывал обильнейшие и разнообразнейшие галлюцинации во всех чувствах, за исключением разве вкуса. Впрочем, галлюцинации обоняния были сравнительно редки и их было трудно отделить от реальных впечатлений, потому что орган обоняния был до крайности гиперестезирован. Точно так же я оставлю в стороне галлюцинации слуха, потому что в отдельных случаях их тоже не легко отделить от действительного восприятия: в больницах для умалишенных до больного отовсюду доносится так много звуков - голосов и речей разного рода - и часто трудно решить, что принадлежит окружающей обстановке и что самому больному. Самыми частыми, самыми разнообразными и живыми были у меня галлюцинации зрения и осязания или общего чувства. К последнему классу я отношу многочисленные ощущения прикосновения, сжимания, душения за горло, и особенно замечательные галлюцинации относительно равновесия тела и положения его в пространстве, как то: кружение окружающих объектов как около оси тела, так и около линии зрения, их движение или только в одну или в разные, но всегда определенные стороны, убегание пола из-под ног вперед, убегание стен (иногда бывало, что часть стены, соответствующая правому глазу, непрерывно катилась по направлению к верху, тогда как часть стены, соответствующая левому глазу, шла вниз, причем таким движением объектов в противоположные стороны вызывалось весьма мучительное чувство раздирания мозга), раздвигание стен, далее - ощущения быстрого скатывания по наклонной плоскости (как на ледяных катках), переворачивания вместе с кроватью, верчения, качания на воздухе, приподнимания, наконец, весьма живое ощущение летания в пространстве... Некоторые из моих зрительных галлюцинаций были сравнительно бледны и неясны, совершенно так, как видит близорукий предметы, к которым глаз неприспособлен. Другие же были так же ярки и сложны, *так же блистали красками, как действительные предметы.* Яркие галлюцинационные картины зрения вполне прикрывали реальные предметы. В продолжение одной недели я смотрел на стену, оклеенную одноцветными обоями, последовательно видел на ней ряд больших картин *al fresco,* обведенных вычурными золотыми рамами, картин, изображавших ландшафты, морские виды, иногда портреты, причем краски были так живы, как в картинах итальянских мастеров. В другой раз, приготовляясь ложиться спать, я вдруг увидал перед собою статуэтку средней величины из белого мрамора, нечто вроде Venus; через несколько секунд голова статуэтки отвалилась, оставив гладкий обрубок шеи с ярко-красными мышцами; упавши, раскололась посередине, причем вывалился мозг и полилась кровь; контраст белого мрамора и красной крови был особенно

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

резок. Галлюцинации являлись как при открытых глазах, так и при закрытых. В первом случае они проектировались на плоскость пола, потолка или стен или просто выделялись в пространстве, прикрывая собою лежащие за ними предметы. В некоторых случаях окружающая обстановка совершенно исчезала, заменяясь на несколько мгновений новою, например, вместо комнаты я оказывался на берегу залива, на противоположном берегу которого шла цепь гор; здесь пейзаж являлся телесно, а не в виде писанной масляными красками картины, как в других случаях. При закрытых глазах сложные галлюцинации большею частью возникали в виде телесных предметов, окружающих меня; менее сложные галлюцинации, например картины, микроскопические препараты, орнаментные фигуры, рисовались на темном фоне зрения. С течением времени галлюцинации зрения стали настолько привычными, что не возбуждали никакого волнения или тягостного чувства, а скорее служили средством препровождения времени. Всегда между галлюцинациями и образами воспоминания и фантазии остается целая бездна. Существеннейшая черта галлюцинаций не столько их живость (бывают из них и бледные), но их чувствуемая *объективность,* тогда какобразы воспоминания и воображения связаны с ощущаемою активностью мозга и всегда сохраняют характер субъективности. Некоторые художники и поэты имеют чрезвычайно могучую и живую фантазию, но они не галлюцинируют; с другой стороны, может быть галлюцинантом и человек с весьма бедным воображением».

Совершенно особыми, отличными от рассмотренных истинных галлюцинаций являются так называемые псевдогаллюцинации В.Х. Кандинского (1890). Подобные расстройства были описаны ранее Ж. Байарже (1846) как «психические галлюцинации».

Псевдогаллюцинации лишены признаков объективной реальности и конкретности. Слуховые псевдогаллюцинации отличаются отсутствием всего того, что характеризует живой голос, они часто «беззвучные», как говорят больные, какие-то «безжизненные», что резко отличает их от обычной человеческой речи и звуков человеческого голоса. Это какие-то «внутренние» голоса, не принадлежащие кому-либо извне, а звучащие внутри самого больного, в его голове, в грудной клетке. Точно так же и зрительные образы «бестелесны», лишены «плоти и крови». Больные говорят о «мысленных видениях», «мысленных голосах», «мнениях». В.Х. Кандинский приводит ряд наглядных примеров псевдогаллюцинаций. Вот один из них.
Его дальний родственник А. М., мальчик 12 лет, однажды вечером после молитвы, которая заканчивалась словами: «Да не будет одр сей ми в гроб», - улегся на свой «одр» и, приготовившись спать, закрыл глаза. Вдруг совершенно неожиданно он почувствовал, что перед его постелью кто-то стоит. Испуганно открыв глаза, он телесно никого не видит в комнате, слабо освещенной ночником, внутренне - видит, как при открытых, так и при закрытых глазах, при закрытых - резче, что в двух шагах от постели, лицом к ней стоит, скрестив руки на груди, седовласый старец в черной рясе; А. М. в эту ночь заснул, измученный душевно, лишь на рассвете, никак не мог отделаться от этого образа, хотя *внешними* своими очами ничего не видел. Проснувшись на другой день, А. М. почувствовал, что старец, будучи по-прежнему не видим телесно, все еще находится тут, оставаясь в прежней позе. «Это преподобный отец Макарий», - решил А. М. Он подумал: «Это явление мне обозначает, что я скоро должен умереть». Образ старца затем в течение двух недель не отвязывался от А. М. и «чуть не свел его с ума». А. М., боясь насмешек, никому об этом не сказал, но страдал сильно, особенно днем, так как присутствие в сознании одного и того же насильственно вторгшегося туда и крепко там застрявшего зрительного образа тормозило его умственную деятельность. Смотря на то место, где стоял «отец Макарий», А. М. ничего, кроме реальных предметов, не видел, при этом внутренним, несокрушимым ощущением он чувствовал присутствие этого

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

псевдогаллюцинаторного фантома, образ старика постоянно держался перед его внутренним зрением.

В описании, данном В.Х. Кандинским, видна характерная особенность псевдогаллюцинаций - насильственность их вторжения в сознание, возникновение помимо воли больного, ощущение постоянного постороннего присутствия, а также навязчивый характер расстройства. В.Х. Кандинский считал, что название «псевдогаллюцинации» не является вполне точным, правильнее было бы говорить в таких случаях о «неполных» галлюцинациях, или «галлюциноидах». По мнению К.И. Ноишевского (1906), главное различие между истинными галлюцинациями и псевдогаллюцинациями состоит в том, что от галлюцинаторного образа можно отвернуться, в то время как от псевдогаллюцинаторного отвернуться нельзя, он следует за движением глаз и головы. Многие психиатры считают данный признак дифференциально диагностическим. Зрительные псевдогаллюцинации, как об этом говорят сами больные, видятся «внутренним оком», глазами, обращенными внутрь себя, так что при этом часто отсутствует проекция во внешний мир, но не всегда бывает именно так.
При описании «галлюциноидов» пациенты отмечают их появление вопреки собственной воле и желанию. Навязчивый характер псевдогаллюцинаций, по В.Х. Кандинскому, особенно свойствен слуховым обманам. Зачастую больные ведут интенсивные разговоры с псевдогаллюцинаторными голосами, они предлагают им «мысленно» разные вопросы и получают на них ответы; в других случаях, наоборот, вопросы задают сами голоса. В ряде случаев отмечается «повторение» мыслей больных. Этот феномен описал Г. Клерамбо (1925, 1927) под названием «эхо собственных мыслей». Некоторым больным «подсказывают» мысли, при этом могут быть жалобы на «звучание» мыслей, «двойное мышление», «насильственное мышление». Известен и феномен «насильственного говорения», тогда больным кажется, что их языком кто-то движет, что их «заставляют» говорить. Ж. Сегла, описавший «насильственное говорение», обозначил такое расстройство термином «речедвигательные галлюцинации» (1888). Некоторые больные находятся под влиянием «беззвучных голосов», воспринимают «мысленные голоса».

Во многих случаях у одного и того же больного возникают и истинные галлюцинации, и псевдогаллюцинации. Такой пример приводит В.Х. Кандинский, который мог очень хорошо изучить этот вид патологии, так как сам страдал подобным заболеванием.

Находясь в больнице, больной Пашков сидел на койке, прислушиваясь к тому, что говорили голоса из «простенка». Вдруг он внутренне видит на недалеком от себя расстоянии весьма отчетливый зрительный образ - четырехугольный листок бледно-синеватой, мраморизирован-ной бумаги величиной в осьмушку листа; на листе крупными золотыми буквами было напечатано: «Доктор Браун». В первый момент больной пришел было в недоумение, не понимая, что могло бы это значить. Голоса из «простенка» вскоре известили: «Вот профессор Браун прислал тебе свою визитную карточку». Хотя бумагу, карточку и напечатанные буквы больной увидел вполне отчетливо, тем не менее по выздоровлении он решительно утверждал, что это была не настоящая галлюцинация, а именно то, что он за неимением лучшего термина называл «экспрессивно-пластическим представлением». За первой карточкой стали получаться и другие с разными фамилиями, причем каждый раз голоса докладывали: «Вот тебе визитная карточка X, профессор Y» и т.д. Тогда больной обратился к лицам в «простенке» с вопросом, не может ли он в ответ на любезность врачей и профессоров, почтивших его своим вниманием, разослать им свои визитные карточки, на что было отвечено утвердительно. Больной к этому времени уже настолько освоился с голосами, что иногда (но не иначе, как оставшись один в комнате) обращался к ним с разного рода вопросами и протестами, произнося их вслух и выслушивая галлюцинаторно на них ответы. В течение целых двух дней

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

больной только тем и занимался, что получал путем псевдогаллюцинаций зрения визитные карточки от разных лиц и взамен того мысленно (но не псевдогаллюцинаторно) рассылал в большом количестве свои собственные карточки, пока, наконец, не был резко остановлен «голосом» из простенка: «Не стреляй так своими карточками». По выздоровлении больной уверял, что он прежде видел, а потом уже слышал объяснение, а не наоборот.

В.Х. Кандинский, резюмируя данные наблюдений, писал, что существуют 3 рода субъективных чувственных восприятий: обыкновенные образы, воспоминания и фантазии; псевдогаллюцинации; галлюцинации. При этом псевдогаллюцинации характеризуются как явления, в которых вследствие «субъективного возбуждения известных сенсориаль-ных областей головного мозга в сознании являются весьма живые и чувственные до крайности определенные образы, которые, однако, резко отличаются для самого воспринимающего сознания от истинно галлюцинаторных образов тем, что не имеют присущего последним характера объективной действительности, сознаются как нечто субъективное и вместе с тем как нечто аномальное, новое, весьма отличное от обыкновенных образов, воспоминаний и фантазий» (Кандинский В.Х., 1890).

Псевдогаллюцинации обоняния, вкуса, тактильные, висцеральные, в отличие от подобных им истинных галлюцинаций, сопровождаются чувством «сделанности», насильственности. Испытывающие их больные жалуются, что путем воздействия извне вызываются отвратительные запахи, гадкий вкус пищи, напускаются насекомые, образуются посторонние тела в полости живота, в груди и т.п.

4.2. ГАЛЛЮЦИНОЗ

Термин «галлюциноз» впервые употребил К. Вернике (1900) для обозначения состояний с обильными, массивными галлюцинациями слуха, которые возникают у больных алкоголизмом и не сопровождаются помрачением сознания. При этом у многих больных развиваются явления вторичного, галлюцинаторного бреда, вытекающего из содержания галлюцинаций («галлюцинаторное помешательство пьяниц», по Э. Крепелину). Но многие случаи слуховых хронически протекающих галлюцинозов не сопровождаются развитием галлюцинаторного бреда. Галлюцинозы могут быть острыми и хроническими, при этом острые развиваются внезапно и быстро, могут сопровождаться выраженным аффектом (страх, тревога, тоска, мания), а хронические характеризуются однообразными галлюцинациями, отсутствием реакций самого больного, монотонностью аффекта. С.Г. Жислин (1965) исследовал явления вербального галлюциноза у больных шизофренией. Приводим 2 истории болезни из его работы.

Больная Ж., 1928 г. рождения, находилась в больнице им. П.Б. Ганнушкина с 18 января по 13 марта 1958 г. Бабка по линии отца страдала в период климакса каким-то психическим заболеванием. Отец - неуравновешенный, легко возбудим. Родилась в срок в семье военного, росла в материально хороших условиях. Была крепким, живым ребенком, правильно развивалась. В дошкольном возрасте перенесла корь, коклюш, ветряную оспу, дифтерию, дважды болела скарлатиной с последующим отитом и невритом слухового нерва.

Вскоре после скарлатины опухали коленные суставы, повышалась температура. Заболевание расценивалось как ревматическое, в дальнейшем обострений его не было. В школу поступила 8 лет, училась хорошо, ровно, отличалась аккуратностью, усидчивостью. Во время учебы в 8-м классе (15 лет) был обнаружен туберкулезный спондилит, в течение 2 лет лежала на вытяжении, а затем 6 лет носила корсет. По характеру оставалась прежней, была веселой, общительной, очень мягкой и чуткой, несколько впечатлительной, склонной к мечтам и самоанализу. После перерыва, связанного с заболеванием позвоночника, успешно закончила 10 классов и в 1948 г.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

(20 лет) поступила в педагогический институт на отделение логики и философии. По окончании института в 1952 г. работала преподавателем литературы в школе. Работа не нравилась, не было настоящего контакта с детьми, что она склонна была связывать с понижением слуха. Через год перешла на работу в библиотеку, в отдел книгохранения. Хорошо справлялась со своими обязанностями, но настоящего удовлетворения не получала. В начале 1955 г. появилась вялость, заметно снизился интерес ко всему, ухудшилось настроение, часто без видимой причины плакала на работе, не могла сосредоточиться на нужном вопросе, охотно и много лежала. Вскоре начала слышать оклики по имени, а затем и целые фразы, обращенные к ней, произносимые голосом близких ей людей. Была растеряна, не могла разобраться в окружающем, находилась во власти галлюцинаторного переживания. В апреле 1955 г. была стационирована в больницу им. Соловьёва; проводилась инсулинотерапия (30 шоков). После выписки оставалась вялой, сонливой, мало интересовалась окружающим, к прежней работе вернуться не смогла.

В мае 1956 г. пыталась работать в райсобесе, но вскоре «стало трудно соображать», возникли слуховые галлюцинации вначале комментирующего, а затем и угрожающего характера, работала «как автомат». Была ста-ционирована в больницу им. П.Б. Ганнушкина, откуда вскоре переведена в клинику им. С.С. Корсакова. Была тревожной, растерянной, не могла разобраться в своих переживаниях, не понимала, что с ней происходит. Постоянно слышала голоса, цинично оскорбляющие. Не могла отличить галлюцинаторные голоса от реальных, иногда казалось, что говорят по радио, разбирая вопросы интимных взаимоотношений полов. Была поглощена содержанием галлюцинаций, ими определялось поведение в отделении. Периодически испытывала страх, заявляла, что сходит с ума. Считала, что через голоса ею управляет какая-то сила, она действует по «какому-то приказу». Один из врачей, прикрываясь именем ее знакомого, преследует ее. В процессе лечения аминазином в дозах 75-100 мг внутримышечно в течение 24 дней характер галлюцинаций изменился, они стали менее яркими (больная уже отличала их от реальных явлений), непостоянными и постепенно исчезли полностью, появилась критика к болезни. Выписалась из клиники в ноябре 1956 г. в хорошем состоянии. В течение года чувствовала себя хорошо, занималась хозяйством, была общительной, подвижной, мягкой. Аминазин в дозе 25-50 мг принимала лишь в первые месяцы. В ноябре 1957 г. после окончания срока инвалидности вернулась на работу в библиотеку. Работала быстро, четко, с окружающими были хорошие, дружеские отношения. С конца декабря появилось «внутреннее беспокойство», хотелось выяснить отношения со всеми, замечала, что ее преследуют какие-то мужчины, решила, что хотят жениться на ней. Вновь появились галлюцинации, вначале слышала голос своего знакомого, который делал ей сексуальные предложения, угрожая расправой, расстрелом; вскоре присоединилось еще два голоса - сына этого знакомого и бывшего лечащего врача - мужчины. Голоса были громкими, доносились чаще сзади и сверху. Перестала справляться со своими обязанностями на работе, «сначала снизила темпы, а затем совсем перестала работать», «что-то угнетало, давило». Интенсивность голосов нарастала, объявили, что говорят через микрофон, «воспроизводили звуки», грозили убить мать, если она не станет любовницей одного государственного деятеля. Часто фразы скандировали, повторяли одни и те же слова, иногда говорили плавно. Голоса или обращались к больной, или «вели дискуссию между собой». Была возбуждена, почти не спала. 18 января стационирована в больницу им. П.Б. Ганнушкина. В больнице в первые дни растеряна, суетлива, беспокойно ходит по отделению, останавливаясь, прислушивается к чему-то. Не пропускает врача, просит поговорить с ней, помочь разобраться в происходящем. Не понимает, что с ней происходит, «зашла в тупик». Постоянно слышит угрожающие голоса, преимущественно мужские. Обычно она узнает, кому принадлежат эти голоса, иногда же они кажутся ей незнакомыми. Доносятся голоса с подоконников, из телевизора, с потолка. В звуках телевизора она

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

слышит повторения: «Н - рыба, рыба», «Н - щука, щука, щука», «Она должна найти свое счастье». Действия ее комментируются голосами, они делают замечания по поводу поступков окружающих. Иногда кажется, что она слышит голоса не только ушами, но и сердцем. Больная не может понять природу этих голосов, не считает их болезненными, связывает их с «особой одаренностью ее музыкального слуха». Допускает также, что через голоса осуществляется чье-то влияние на нее.

Соматическое состояние без изменений.

Нервная система. Легкая асимметрия носогубных складок. Коленные рефлексы повышенные d>s. Ахилловы d=s. Справа намек на симптом Ба-бинского.

В процессе лечения аминазином (дозы до 300 мг в сутки) состояние больной быстро начало изменяться. Уже на 5-6-й день лечения аминазином при дозе 200 мг в сутки голоса становятся менее неприятными, уменьшается их количество - «раньше со всех сторон кричали, а теперь 1-2 голоса слышу». На 7-8-й день «голоса стали перерывы делать, угрожают меньше». Соответственно изменяется поведение больной, она становится более приветливой, собранной, спокойной, начинает общаться с больными. На 9-10-й день заявляет, что голосов уже не слышит, однако при более подробном исследовании удается выяснить, что теперь идет «разговор в мыслях». На 13-14-й день лечения при той же дозе 200 мг аминазина больная рассказывает, что голосов, которые слышались со стороны и не отличались от реальных, она уже не слышит, но в голове ее происходит постоянный внутренний разговор, «одна мысль идет, как волна, и наталкивается на другую, которая ей отвечает». Постоянно «спрашивают и отвечают»; «Одна мысль идет, а другая ее критикует. Это мои мысли, но текут помимо воли». В процессе дальнейшего лечения аминазином постепенно исчезли и эти внутренние разговоры. Поведение больной становится вполне упорядоченным, она охотно и легко читает, участвует в трудовых процессах, строит реальные планы на будущее. Вполне критично оценивает болезненное состояние. Несколько неустойчивым остается настроение, много думает о будущем, боится повторения болезни. Выписана домой на поддерживающую аминазинотерапию. Принимала по 25-50 мг в день. Вскоре приступила к работе, успешно справляется со своими обязанностями. Участвует в жизни семьи, очень тепло и заботливо относится к близким, развлекается вместе с ними, проявляет интерес к своей одежде, внимание к внешности. В течение года еще можно было отметить небольшую утомляемость и иногда ухудшение настроения, обусловленные в значительной степени мыслями о неустроенности личной жизни.

Далее приводим следующий клинический пример.

Больная Х., 45 лет, поступила 30 декабря 1945 г. Душевнобольных в роду не было. Родилась в Москве в семье служащего. Развивалась нормально. Была здоровой девочкой, веселой, общительной, «забиякой», «тормошила всех». Училась хорошо. Окончила 5 классов городской школы, затем без посторонней помощи подготовилась к экзаменам в 7-й класс гимназии. Окончила гимназию с золотой медалью. Отец умер, мать осталась с малолетними детьми, больная стремилась поскорее начать зарабатывать, чтобы помочь матери. Работала учительницей в школе, затем финансовым работником. Замужем была 2 раза. С первым мужем развелась через год в связи с его болезнью (эпилептические припадки). Со вторым мужем тоже развелась; он пил, кроме того, были нелады в связи с тем, что она встречалась с первым мужем. Оставалась, несмотря на все это, жизнерадостной, энергичной, всегда считали ее доброй, отзывчивой, но в то же время нервной, экзальтированной. В детстве страдала суставным ревматизмом, болели все суставы рук и ног, лежала в больнице около 2 мес. Тогда же было найдено заболевание сердца («заболевание клапанов»). Поправилась, но по временам снова наступали обострения, появлялись боли в суставах. Особенно выраженное обострение отмечалось в 1944 г. В 1943 г.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

перенесла малярию. В марте 1945 г. было лихорадочное состояние, которое держалось свыше недели. Поправилась, но через неделю снова повысилась температура. Плазмодии в крови не были обнаружены. 18 марта 1945 г. больная стала возбуждена; возбуждение нарастало, речь стала бессвязной. Была помещена в психиатрическую клинику I Московского медицинского института. Во время пребывания в клинике больная вначале была возбуждена, дезориентирована, спутана; отмечено двигательное и речевое возбуждение, часто бессвязная речь. Была проведена инсулиновая терапия - 23 шока, вводилось до 85 ед. инсулина. Больная стала спокойнее, более упорядочена в поведении, но замкнута, неприветлива, иногда злобна, к своему состоянию не критична, называет себя другим именем, заявляет, что говорит с кем-то по телефону. 30 декабря переведена в больницу им. П.Б. Ганнушкина с диагнозом шизофрения. Соматическое состояние: жалобы на сильные боли в нижних конечностях, перебои в работе сердца. Объективно: форма суставов не изменена, при движении отмечается хруст в коленных суставах. Сердце - расширено влево, левая граница на 2 см влево от левой срединно-ключичной линии. Систолический шум в верхушке. Редкие экстрасистолы. Анализ крови: Hb 61%, эр. 4 800 000, цв. пок. 0,7, л. 6800, п. 3%, с. 57%, э. 6 %, лимф. 28%, мон. 6 %; РОЭ 28 мм/ч.

Анализ мочи без особенностей. Реакция Вассермана отрицательная. Неврологический статус без особенностей.

Со стороны ЛОР-органов обнаруживается значительная тугоухость. Психическое состояние: в отделении ни с кем не общается. Держится особняком. Погружена в свои бредовые переживания. При обращении к ней раздражается, высказывает много претензий и жалоб. Заявляет, что приехала из психологического института, где собраны симулянты. Там над ней издевались, «садистически избивали ее». Легко отвлекаема, вопрос приходится повторять несколько раз. Одновременно начинает с кем-то разговаривать, заявила, что на расстоянии слышит звуки; люди, которые хорошо к ней относятся, предупреждают ее о пропаже вещей. Более подробно о голосах не говорит. Большей частью лежит в постели, шепчет, временами громко разговаривает. Речь бессвязна, себя называет вымышленными именами: она Вера Радио, Вера Правда, говорит с иностранным акцентом. Высказывает бредовые идеи эротического характера. Обвиняет персонал в каких-то злоупотреблениях. Злобна, напряжена; бывает агрессивна. Говорит, что над ней делали опыты, ее испортили. Кругом происходит какая-то комедия, подают непонятные знаки. Временами более благодушна, улыбается, принимает разные театральные позы, танцует кавказские танцы, считает себя балериной. Повесила у кровати записку с набором отдельных фраз: она балерина, она поэтесса, зовут ее Верой Правдой. После проведенной электрошоковой терапии состояние значительно улучшилось. Стала спокойна, поведение в отделении правильное. Продолжает слышать голоса, но они значительно глуше. Старается к ним не прислушиваться. Вспоминает отдельные моменты своего заболевания, говорит, что теперь ей стыдно больных, так как она всех пугала. Занимается рукоделием, пишет стихи. Считает себя больной, инвалидом, «хотя бы вылечиться полностью». В течение последних месяцев состояние больной не изменялось. Продолжает испытывать почти непрерывные слуховые галлюцинации, считает, что она находилась в клинике под гипнозом. Сейчас она тоже находится под гипнозом: возможно, ее не могут разгипнотизировать. Повторяет, по просьбе врачей, содержание голосов: «Жизнь хороша, если спорится труд» (больная засмеялась, заметив при этом, что голоса не мешают, если есть сила воли им сопротивляться); «Знайте, что это будет продолжаться до тех пор, пока я захочу» (возмущенно говорит: «Что это такое, я не понимаю, странно, угрожает»); «Вы еще в нашей власти» (повторяется 2 раза), возмущенно говорит: «Странно, не хочу больше слушать». Дальше больная сообщает, что слышит, как идет какая-то работа, диктовка, «стенографы расшифровывают», что именно - разобрать не может;

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

говорит: «Зачем медицина меня заставила жить, если меня не могли сделать здоровой». Врач просит ее снова послушать и повторить. Слышит: «Разве ты не знала, что я тебя тоже спрашиваю?»; «Зачем же ты не хочешь выполнить то, что я тебе приказала?»; «Я тебе приказала никогда не думать о том, о чем думать не надо» (больная замечает: «Странно, игра слов»); «Несколько раз говорил, чтобы ты не отвечала ни на один вопрос» (больная плачет); «Будешь дальше хворать» (больная отвечает: «Не хочу хворать»); «Там нам не понадобишься» (больная говорит врачу: «Видите, я еще, значит, в каком-то запасе»); «Не разговаривай на эту тему, не разговаривай на эту тему» (больная: «Повторяет 2 раза, хотя мне достаточно раза». Обращается к врачу: «А ведь Вы не слышите?»); «Не забывай о том, что тебе говорено раньше» и т.п. Слышит голоса все время непрерывно, фразы повторяются по 2-3 раза («Они проявляют настойчивость»). Когда прислушивается, у больной шевелятся губы, как будто она повторяет что-то. Говорит, что раньше ей трудно было сопротивляться действию голосов, гипнозу, которому ее подвергли в клинике. Все же пыталась и раньше сопротивляться, но тогда, если переставала слушать и клала в это время руку на сердце, то слышала в стуке сердца окончание этих голосов, отдельные слова и фразы.
В дальнейшем, когда ей стало легче, она «проверяла» и больше уже в стуке сердца ничего не слышала. И сейчас она не всегда сопротивляется, иногда слушает охотно, «бывает интересно слушать, чтобы застоя мысли не было, они умнее меня». Во время болезни испытывала разные необычайные ощущения во всем теле. Чувствовала себя наэлектризованной. Происходили как бы включения ее в штепсель и выключения; моментально чувствовала это. Ток шел из ее пальцев, из ног, из головы, все дрожало, в голове был хруст, луч света, например от лампочки, шел к ней таким снопом, как будто она притягивала к себе свет. Внутри все было пусто, как будто никаких внутренних органов в ней не было, просила посчитать ей ребра, не знала, сохранился ли ее скелет. Называла себя в то время «пропускной шкуркой», потому что она была только «шкуркой» и через нее пропускали ток.

Все эти симптомы в дальнейшем выражены значительно слабее, но до конца периода наблюдения отмечались состояния, когда она вновь чувствует себя наэлектризованной, включенной в штепсель, опять возникают те же ощущения, опять начинается «верченье мной», в это время усиливаются и голоса, которые в такие периоды оказывают большое влияние на поведение больной. Не соглашаясь, что это галлюцинации, продолжает считать, что ее в это время включают в штепсель, чтобы разговаривать через ее язык, что она продолжает находиться под гипнозом.

Помимо слуховых галлюцинозов, описаны также явления зрительного, тактильного и висцерального галлюцинозов.

Среди случаев *слухового* галлюциноза особо выделяется *вербальный* галлюциноз как феномен, сопровождающийся наплывом слуховых галлюцинаций в виде монолога, диалога или большого числа голосов. Голоса могут вести беседу с больным или между собой, обращаться к больному, комментировать его действия и поступки, угрожать, осуждать, приказывать совершить какие-либо поступки (императивные галлюцинации). Вербальный галлюциноз развивается поэтапно. Вначале больной слышит оклики, бранные слова, обращенные к нему, затем погружается в состояние острого вербального галлюциноза со страхом, тревогой, двигательным возбуждением. При переходе острого вербального галлюциноза в хронический тревога исчезает, поведение больного уже не так сильно зависит от характера голосов, его состояние становится однообразным, монотонным, аффект - невыразительным.
Зрительный галлюциноз встречается гораздо реже, считается парциальным психическим расстройством без развития бреда и других симптомов.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Зрительный галлюциноз Шарля Бонне (галлюцинации типа Шарля Бонне). Натуралист XVII столетия Шарль Бонне наблюдал у своего 89-летнего деда, страдавшего старческой катарактой, «видения» (он видел животных и птиц), которые были истинными галлюцинациями. В то время научного понятия о галлюцинациях еще не было, Ш. Бонне думал о физических внутренних причинах, действующих на чувствительные волокна, вследствие чего «в душе появляются образы различных предметов с такой живостью, как будто на эти волокна воздействовали сами предметы». Е.А. Попов (1941) в работе, посвященной галлюцинациям, смог описать несколько таких случаев. В одном из них женщина 70 лет, страдающая глаукомой, сначала перед сном, а впоследствии и в дневное время видела фигуры людей. Они были в ярко окрашенных одеждах, двигались в разные стороны, поднимались, опускались, иногда перед ней развертывались целые сцены, она видела подъезжающую карету, в которой сидела женщина в красивой шляпе. В данном случае, как и в других подобных ему, психика была интактна. Более или менее общее для всех пациентов, страдающих галлюцинозом Шарля Бонне, - поражение того или другого органа чувств, в частности зрения. При этом сохраняется полная или частичная критика обманов восприятия.

Зрительный галлюциноз Лермитта (педункулярный зрительный галлюциноз). Этот тип галлюциноза имеет органический генез, он возникает при поражении ножек головного мозга и мозгового ствола в области III желудочка (описан Ж. Лермиттом в 1920 г.). Клинические проявления заболевания характеризуются приступообразно возникающими, чаще в вечернее время, зрительными подвижными микроскопическими, нередко цветными галлюцинациями. Зрительные образы отличаются калейдоскопичностью, меняют свою форму, величину и положение в пространстве. При этом у больных отсутствует чувство страха, иногда они испытывают удивление и интерес к необычным зрительным образам, у них сохраняется критическое отношение к галлюцинациям, расстройства сознания не наблюдается.

Зрительный галлюциноз Ван-Богарта описан автором в 1945 г. при лейкоэнцефалите Ван-Богарта. Вначале отмечается повышенная сонливость, а затем явления нарколепсии. В промежутках между нарколептическими приступами обнаруживаются множественные красочные зрительные галлюцинации. Больные видят окрашенных в различные яркие цвета бабочек, рыбок, всевозможных животных. Затем нарастает беспокойство, усиливается аффективная окраска переживаний. Может развиться делирий с последующей амнезией.

Галлюциноз при отслойке сетчатки. Особенно большой интерес, как полагал В.А. Гиляровский, представляют такие случаи, когда галлюцинаторные расстройства можно поставить в связь с поражением самих воспринимающих нервных аппаратов глаза. В этом отношении заслуживает большого внимания самонаблюдение А. Пика (1929), подробно описанное после перенесенной им катаракты правого глаза. В связи с травмой у него началась отслойка сетчатки того же глаза. Во время лечения (введение под соединительнотканную оболочку глаза физиологического раствора) стали наблюдаться своеобразные зрительные феномены. Когда А. Пик смотрел на освещенную белую поверхность, неожиданно для него на ней появилось имя знакомого ему врача, о котором он последнее время не думал. Потом стали видеться короткие сочетания букв, похожие на окончания слов, или короткие бессмысленные слова, подобные тем, которые используются для исследования памяти. Эти слова или фрагменты слов виделись обычно там, на что смотрел он сам, один раз даже на щеке сотрудника, который стоял рядом с ним. Появление этих букв было для А. Пика абсолютно неожиданно и настолько реально, что привело его в большое смущение. После он привык к этому и продолжал вести обычную работу. Видение букв в данном случае носило характер полнейшей реальности, хотя сам А. Пик привык правильно оценивать их как болезненные явления.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

В этом случае можно особенно отчетливо выделить роль периферического раздражения, определяющего характер галлюцинирования. Зрительные образы носят элементарный характер: видения ограничиваются различными сочетаниями букв, но проецируются наружу, носят характер объективности, хотя у самого пациента нет веры в их реальное существование.

Галлюциноз общего чувства. К данному типу относятся различные по клиническим проявлениям варианты галлюцинаторных расстройств.

Чаще других встречается тактильный галлюциноз, который был описан К. Экбомом как пресенильный дерматозойный бред (1938). Это один из вариантов бреда одержимости животными с локализацией болезненных ощущений (тактильные галлюцинации) в коже или под кожей. При дерматозойном бреде больные говорят о присутствии под кожей неподвижного, но вполне конкретного предмета или движущихся объектов (паразитов, насекомых), вызывающих крайне неприятные ощущения боли, зуда, жжения, укусов. При *тактильном галлюцинозе Берса-Конрада* больной отмечает подобные ощущения на поверхности тела, при *висцеральном* - внутри организма, в какой-то определенной системе (кишечник, мочевые пути и т.д.).

Аутовисцероскопические галлюцинации В.Г. Полтавского (1965) - своеобразные зрительные обманы восприятия, связанные с внутренней средой организма. Живостью, динамичностью, сценоподобностью они напоминают галлюцинации при делирии. Больные «видят» полости своего тела, а в них нередко живых существ, инородные тела. Эти существа и предметы могут «нарушать» деятельность внутренних органов. Иногда внутренности, внутренние полости становятся местом развертывания драматических событий (пламя в животе, дым, охватывающий легкие). Как правило, четкая фабула отсутствует, характерна быстрая смена галлюцинаторных картин. В дальнейшем в динамике заболевания аутовисцероскопические галлюцинации сменяются типичными истинными зрительными галлюцинациями. Подобные аутовисцероскопические галлюцинации отличаются от *аутоскопии Ш. Фере* отсутствием переживания двойника и признаков нарушения «схемы тела». Аутовисцероско-пические галлюцинации описаны при органическом поражении головного мозга типа энцефалита, менингоэнцефалита.

Обонятельные и вкусовые галлюцинозы специально не выделяются, так как в клинической практике неизвестны.

4.3. ИЛЛЮЗИИ

Ж. Эскироль (1838) определил иллюзии в отличие от галлюцинаций как искаженные, неправильные, ложные восприятия предметов окружающей действительности. Причины искажения восприятия не всегда кроются в болезненных свойствах воспринимающего, они могут заключаться и в особых свойствах окружающей среды, и в физиологических особенностях организма человека, будучи в известных случаях обязательными для каждого. Подобно галлюцинациям, иллюзии различаются по органам чувств, в области которых они выявляются. По условиям возникновения их делят на физические, физиологические и психические (Салли Ж., 1881). Приводим в качестве художественной иллюстрации различных иллюзий отрывок из баллады И.В. Гёте «Лесной царь».

Кто скачет, кто мчится под хладною мглой? Ездок запоздалый, с ним сын молодой. К отцу, весь издрогнув, малютка приник; Обняв, его держит и греет старик.

«Дитя, что ко мне ты так робко прильнул?» «Родимый, лесной царь в глаза мне сверкнул: Он в темной короне, с густой бородой». «О нет, то белеет туман над водой».

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

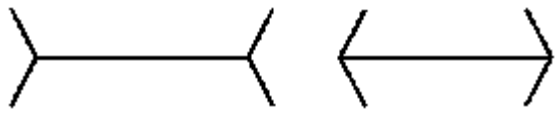
«Дитя, оглянись, младенец, ко мне; Веселого много в моей стороне: Цветы бирюзовы, жемчужны струи; Из золота слиты чертоги мои!»

«Родимый, лесной царь со мной говорит: Он золото, перлы и радость сулит». «О нет, мой младенец, ослышался ты: То ветер, проснувшись, колыхнул листы...»

К *физическим* иллюзиям относят такие, условия возникновения которых заключаются в физических свойствах внешней среды (например, миражи, обусловленные отражением в воздушных средах предметов и местностей, находящихся на далеком расстоянии; палка, опущенная в воду, кажется преломленной вследствие разности в преломляемости лучей света в воздухе и воде и др.).
К *физиологическим* иллюзиям относятся восприятия, вызванные различными несоответствующими им раздражителями периферических аппаратов органов чувств, отвечающих на эти раздражения специфическим образом. К таковым относятся, например, световые явления, развивающиеся при закрытых глазах, особенно при надавливании на глазные яблоки, «мелькание искр» в глазах, световые явления при раздражении зрительных нервов электрическим током, воспалительным процессом. Подобные иллюзорные восприятия свойственны и здоровым, и душевнобольным людям.

По мнению А. Пика, источником иллюзорных явлений у душевнобольных могут служить энтоптические восприятия собственного кровообращения, развивающиеся при некоторых патологических условиях. К *физиологическим* иллюзиям относятся многочисленные примеры так называемых *зрительных иллюзий Мюллера-Лайера.* Это геометрически-оптические иллюзии, основанные на том, что зрительному аппарату приходится при сравнительной оценке величины и взаимоотношения тождественных фигур проделывать разное количество мышечной работы, так как сравниваемые фигуры и линии снабжены рядом посторонних придатков, от которых мы не можем отрешиться, вследствие чего и приходим к неправильному «иллюзорному» выводу. Это наглядно подтверждает известный рисунок, где одинаковый по длине отрезок сопровождается разными «добавлениями», создающими иллюзию его различной длины.

Иллюзия Мюллера-Лайера



Психические (патологические) иллюзии обусловливаются психологическими причинами, заключающимися в нарушении деятельности внимания, памяти, чувственного тона, отчетливости ассоциативного процесса.

Психические иллюзии душевнобольных носят особый патологический характер. Они условно разделяются на аффективные, вербальные и парейдолии.
Аффективные иллюзии возникают на фоне страха или тревожно-подавленного настроения. В таком состоянии, например, свисающие тяжелые портьеры воспринимаются как какие-то пугающие образы затаившихся врагов, обрубок дерева принимается за разбойника, туман - за появление лика святого (Блейлер Э., 1920).

Вербальные иллюзии заключаются в ложном восприятии содержания реального разговора окружающих. В замечаниях, вопросах и советах на посторонние темы больной слышит упреки в свой адрес, мнимые укоры, насмешки. При наличии страха в таких случаях говорят об *аффективных вербальных* иллюзиях.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Парейдолии (название предложил К. Ясперс, 1913) - особый иллюзорный феномен, когда при достаточно живом воображении у больных действительно видимые, существующие в реальности образы (например, пятна на стене, рисунок ковра) воспринимаются иллюзорно и, кроме того, благодаря фантазии, дополняются такими подробностями, которым нет ничего подобного в действительности - они видят зверей, птиц, различные пейзажи с горами, реками, долинами, картинами сражений и т.д.

Явления подобного рода наблюдались у Леонардо да Винчи. Вполне естественно, что они чаще отмечаются у художников и вообще у лиц с сильным зрительным воображением.

Психосенсорные расстройства и расстройства схемы тела. Этот вид патологии относят также к нарушениям восприятия. По мнению М.О. Гуревича (1949), психосенсорные расстройства являются следствием нарушения сенсорного синтеза, в результате чего возникают искажения сложных восприятий внешнего мира и собственного тела при сохранности всех ощущений, получаемых непосредственно органами чувств.

Восприятия, идущие от различных органов чувств, служат материалом для сенсорного синтеза, относящегося к функциям более высокого порядка, они называются психосенсорными.
Особенности психосенсорных функций состоят в том, что соответствующие механизмы не связаны непосредственно проекционными путями с периферией (как это имеет место при простых восприятиях), а образуются путем интеграции, синтетической обработки более простых рецепторных функций; при этом возникают новые качества, которые не могут быть выведены из свойств компонентов, вошедших в состав новой функции. Например, синтетическая функция восприятия пространства образуется путем интеграции различных рецепторов: оптических, гапти-ческих (относящихся к общему чувству), проприоцептивных и вестибулярных механизмов. Новое качество этой сложной психосенсорной функции не может быть выведено из свойств отдельных указанных составных частей (вестибулярной функции и др.). Восприятие собственного тела - *схема тела* - сложный вид чувствительности, лежащей в основе ощущения взаимного расположения и соотношения размеров частей собственного тела. Восприятие пространства и связей во времени также относится к сложным психосенсорным функциям, образование которых требует интегрального использования более элементарных гностических функций, связанных с определенными рецепторами (оптическая гнозия, акустическая стереогнозия и др.), а также проприоцептивных функций.

Психосенсорные расстройства четко отличаются от других форм расстройств восприятия. От агнозий они отличаются тем, что при них не нарушено узнавание; от галлюцинаций - тем, что при галлюцинациях отсутствует реальный объект восприятия, а при психосенсорных расстройствах объект существует и лишь искажается его отражение; от иллюзий они отличаются тем, что при иллюзиях нарушается узнавание, но иллюзорные ошибки легко исправляются в противоположность психосенсорным, при которых предметы хотя и узнаются, однако воспринимаются в стойко искаженном виде. Психосенсорные расстройства отличаются и от простых, элементарных сенсорных нарушений, при которых наблюдаются явления выпадения или раздражения, но не извращение, искажение в результате дезинтеграции. Вследствие структурного своеобразия и интегральной сложности психосенсорных функций в патологии происходит не простое их уничтожение и ослабление, а сложная дезинтеграция, переход на низшую ступень. При дезинтеграции психосенсорных функций не только нарушаются эти синтетические формы восприятия, но и выявляются патологические феномены распада в виде искаженных компонентов, входящих в состав нарушенной высшей функции. Так, при нарушениях восприятия пространства обнаруживаются оптико-

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

вестибулярные симптомы, т.е. явления, относящиеся к компонентам, входящим в состав данной синтетической функции. Больному кажется, что все кругом рушится, стены колеблются, предметы на него валятся. Психосенсорные расстройства - такая патология, при которой нарушается восприятие размеров, формы, взаимного расположения окружающих предметов в пространстве и/или размеров; массы, формы, расположения отдельных частей собственного тела. При этом в клинической картине обычно выделяют *метаморфопсии, порропсии* и *дисмегалопсии.*

Метаморфопсии - это искажение восприятия величины предметов.
Различают макропсии (увеличение формы предметов) и микропсии (уменьшение размеров).

Порропсии - феномен, при котором больные ощущают изменение величины окружающего пространства, при этом предметы кажутся им или чрезмерно удаленными, или приближенными.

Дисмегалопсии - изменения восприятия предметов, при которых они кажутся перекрученными вокруг своей оси - вертикальной или горизонтальной.

Психосенсорные расстройства чаще всего возникают в различных сочетаниях. В работе Э.С. Гамбурга приводится история болезни мальчика 9 лет, у которого при исчезновении припухания околоушных желез и менингоэнцефалитических синдромов обнаруживались психосенсорные расстройства оптико-вестибулярного характера: окружающие предметы казались маленькими, столы и потолок - искривленными, шкаф - кривым и пузатым, отец - маленьким и смешным. Через несколько часов эти расстройства исчезли и вновь появились на короткий срок к вечеру следующего дня.

Расстройства схемы тела терминологически обозначают как аутометаморфопсии. Больные в таких случаях говорят об увеличении, например, головы, одной руки, одной ноги или обеих рук и ног.

Психосенсорные расстройства часто сочетаются с явлениями деперсонализации и дереализации. В большинстве своем психосенсорные расстройства связаны с органическим поражением ЦНС (менингиты, энцефалиты, травмы мозга, опухоли и пр.).
Расстройства ощущений. Ощущения, как известно, - это начальный, исходный пункт восприятия, отражение свойств объективного мира, возникающее в результате воздействия на органы чувств соответствующих раздражителей: слуховых, зрительных, тактильных и др. В психопатологии различают обостренную чувствительность к различным воздействиям (гиперестезия) и противоположную ей пониженную чувствительность (гипестезия и анестезия).

Гиперестезия характеризуется усилением воздействия на различные органы чувств обычных раздражителей. В таких случаях у больных, например, тихий шелест листвы вызывает ощущение чрезмерного до болезненности скрежетания, обычное тиканье часов усиливается до такой степени, что раздражает, «бьет по голове», не дает уснуть. Больные вынуждены уносить из комнаты все предметы, которые издают раздражающие их звуки (гиперакузия). Некоторые пациенты отмечают, что не могут переносить стука колес в вагоне метро, они вынуждены затыкать уши, так как иначе начинает «гудеть голова», «делается не по себе». Подобные явления слуховой *гиперпатии* отмечаются при возникновении внезапных звуков (сигнал машины, гудок, падение предмета, хлопок в ладоши и т.д.), при этом больные вздрагивают, у них возникает ощущение «спазма в мышцах». Очень характерна непереносимость звука включенного радио или телевизора, или звука работающего телевизора, включенного на обычную мощность, а также обычных разговоров, ведущихся спокойно и негромко.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Световые раздражения обычного порядка при *гиперпатии* также могут вызвать чрезмерное по силе действие, при этом возникает ощущение рези в глазах, слезотечение. Это заставляет больных надевать темные очки, избегать освещенных мест. Резкие вспышки, мигание телевизионного или компьютерного экрана становятся непереносимы для восприятия, в крайних случаях светобоязни пациенты вынуждены зашторивать окна среди дня, даже если нет слепящего солнца. Аналогичные явления *гиперестезии* могут наблюдаться в отношении тактильных ощущений. Легкие прикосновения к поверхности тела при этом вызывают резкую реакцию раздражения, «кожа покрывается пупырышками», необходимо резко отдернуть руку, чтобы избежать дальнейшего неприятного воздействия.

Явления *гиперестезии (гиперпатии)* лежат в основе астенического синдрома.

Астенический синдром характеризуется утомляемостью, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению, раздражительностью (раздражительная слабость), а также гиперестезией, считающейся главным проявлением синдрома.

Большой интерес представляют случаи иррадиации возбуждения с центра одного высшего органа чувств на другой. Этот феномен обозначается термином *синестезия.* К нему относятся цветной слух и цветное зрение. При феномене цветного слуха восприятие звуков, прежде всего музыкальных, определенных тонов, сопровождается видением того или

иного цвета в форме окрашенной соответствующим образом гладкой поверхности или какой-нибудь фигуры. У каждого конкретного человека соотношение между определенными тонами и соответствующими цветами остается довольно постоянным, хотя цвета вообще представляются неяркими и большей частью недостаточно определенными или как бы переходящими один в другой; это соотношение у каждого, имеющего такую особенность, свое индивидуальное, постоянное. Цветным слухом обладали некоторые выдающиеся музыканты (Н.А. Рим ский-Корсаков, М.К. Чюрленис).

Цветное зрение чаще всего выражается в том, что буквы и слова при чтении окрашиваются в те или иные цвета. Возможны и другие синестезии. По-видимому, для некоторых художников (М.К. Чюрленис) ощущение цвета переживается по-особому и сопровождается какими-то феноменами в области слуха («симфония красок», «цветомузыка»).
Явления *гипералгезии* характерны для истерических расстройств, при которых обычные ощущения, в норме не воспринимаемые, делаются настолько «сверхсильными», что больные говорят «о боли», «ломоте» и «прокалывании».

Гипестезия характеризуется, наоборот, ослаблением действия обычных раздражителей. Разговорная речь воспринимается как очень тихая, громкие звуки не вызывают реакции раздражения, так же как и яркие вспышки света, уколы и резкие прикосновения. Такие явления чаще возникают при наличии депрессии или при оглушении. Кроме того, как и явления анестезии, такие симптомы встречаются у больных истерией.

Сенестопатия (от греч. *koinos* - общий, *aesthesis* - чувство, *pathos* - страдание) - нарушение общей внутренней чувствительности, которое клинически проявляется в виде неопределенных, диффузных и очень неприятных, постоянно беспокоящих ощущений внутри тела - в области живота, груди, головы, под кожей и т.п.

Больные высказывают жалобы на труднолокализуемые и перемещающиеся болезненные ощущения, которые могут быть кратковременными, но имеют тенденцию к усилению и длительному персистированию.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Э. Дюпре и П. Камю, которые первыми ввели термин *«сенестопатия»* в клиническую психиатрию (Дюпре Э., Камю П., 1907), обратили внимание на тягостный характер особых ощущений, испытываемых больными, а также на то, что их очень трудно точно описать (эссенци-альные сенестопатии).

Сенестопатии часто развиваются исподволь, постепенно. Вначале они проявляются преимущественно ощущениями, напоминающими болевые (сенестоалгии). Иногда это бывают ощущения жара, холода, покалывания. Локализация сенестопатий на начальных этапах заболевания чаще всего поверхностная (под кожей, в коже), они появляются на самых разных участках тела, причем зона их распространения не соответствует локальности иннервации областей, в которых они возникают. Они могут быть лишь эпизодическими по времени проявления, а могут возникать многократно и держаться довольно длительное время. При этом больные говорят об острых, стреляющих, разламывающих, режущих, колющих, разрывающих, пульсирующих, тупых, разливающихся «болях». Иногда подобные ощущения имеют «термический» компонент - ощущение под кожей жжения, жара, горения, «ледяного холода», «познабливания». У других пациентов преобладают ощущения «барического» характера, они жалуются на неприятное стягивание, сжатие, давление, распирание, растяжение, расширение. Подобного рода ощущения могут быть то немногочисленными, нерезко выраженными, то усиливаются, становятся разнообразными и невыносимыми, распространяются на значительные участки тела, иногда захватывая все тело.

Подобные ощущения могут быть точечными, иногда занимают обширные области. Один вид сенестопатий в одной части тела может сменяться другим видом в той же части тела или переходить на другие области. У одного и того же больного могут одновременно проявляться различные по качеству сенестопатии - алгические, термические, барические. Мучительный характер такого рода «болей» заставляет больных обращаться к врачам различных специальностей: терапевтам, ревматологам, хирургам, неврологам. Лишь когда лечение у специалистов терапевтического профиля оказывается совершенно безрезультатным, больные направляются к психиатру.

Динамика сенестопатий, как это описывают исследователи (Про-копочкин А.А., Шапкин Ю.А., Шумский Н.Г., 1988), может быть различной. У некоторых больных сенестопатии на всем протяжении болезни остаются поверхностными, локализуясь в коже и под кожей. Видоизменение таких сенестопатий проявляется в уменьшении площади их распространения, они перестают быть мигрирующими, возникают в каких-то определенных областях - на верхних или нижних конечностях, груди, животе, спине. Эпизодические сенестопатии часто становятся постоянными, меняясь по своей интенсивности.

В других случаях усложняются не только поверхностные сенестопатии. Особые «тягостные» ощущения возникают во внутренних органах, глубоко расположенных тканях, полостях тела. Преобладают сенестопа-тии с чувством давления, растяжения. В дальнейшем видоизменение глубинных сенестопатий происходит за счет появления у больных ощущения движения внутри организма. Больные определяют это как «трение», «скольжение», «сокращение», «растяжение», в дальнейшем возникают ощущения, что патологические «перемещения» идут как бы по проторенному пути - начинаются, например, внизу живота, затем распространяются на грудную клетку, область шеи, голову, затем могут постепенно ослабевать или даже исчезать. Через какое-то время все начинается вновь, это может продолжаться несколько месяцев или даже лет. Иногда к ощущениям «перемещения» присоединяются такие, которые трудно квалифицировать, это заставляет прибегать к термину «вычурные ощущения». Больные говорят, что чувствуют зуд во внутренних органах, тканях, полостях тела; ощущают, как кровь движется по сосудам, образуя

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

завихрения; жалуются, что в голове, внутренних органах что-то «булькает», «лопается», «пузырится», «переливается из одного места в другое». Они могут ощущать прохождение по телу теплых или холодных «струй», напоминающих «вихри», чувствовать «смещение пластов тела», изменение расположения внутренних органов, перекатывание, пульсацию, перекручивание, вибрации внутри тела. Из-за необычности ощущений многие не могут их описать.

Сенестопатии чаще всего сочетаются с ипохондрическими проявлениями и составляют сенестопатически-ипохондрический синдром, суть которого - сверхценная фиксация на своем здоровье в связи с тяжелыми и необычными ощущениями, определяемыми многими больными как боли. Подобные сенестопатические проявления чаще всего возникают при эндогенных заболеваниях (шизофрения).

Характерные особенности эссенциальных сенестопатий отражены в следующем клиническом описании (Смулевич А.Б., 1987).

Больной С., 56 лет. С детства отличался рассудительностью, степенностью. В незнакомой обстановке старался стушеваться. Послушный, исполнительный, в школе брал прилежанием. Учился посредственно. Увлечения сводились к охоте и рыбалке. Привязанностей ни к кому не выказывал, утраты (смерть матери и бабушки) перенес без выраженных эмоций. Больше огорчился, когда пришлось покинуть деревню - «скучал по приволью». Читал мало, преимущественно приключенческую литературу, «за компанию» посещал кинотеатры и танцплощадку. Служил во флоте, тягот воинской службы не почувствовал, имел благодарности от командования. Сразу же после увольнения в запас женился на учительнице - «тянуло к образованным». Одинаково ровно относился и к приемной, и к родной дочери. В течение 13 лет (до 35-летнего возраста) учился в вечерней школе и техникуме, затрачивая массу усилий, чтобы получить образование и быть «не хуже других». Работал электриком, числился среди лучших; став бригадиром, со своими обязанностями не справлялся - не мог найти подхода к людям, быстро принять решение, проявить, где это необходимо, гибкость. Если выдавался свободный день, стремился поохотиться или ездил в тир упражняться в стрельбе. Получив диплом, без сожаления расстался с прежней работой и устроился мастером на завод при НИИ.

Первые признаки заболевания относятся к возрасту 35 лет. Испытывал недомогание, плохо засыпал. В области лба и висков появилось ощущение жара, ползания мурашек. Решил, что переутомился в период работы над дипломом, обратился к невропатологу и через месяц на время забыл о болезни. Однако спустя несколько месяцев внезапно появились новые, более неприятные ощущения - давящие головные боли, к середине дня достигавшие максимальной интенсивности. Был вынужден делать «передышки». Прежде безотказный, теперь под любым предлогом старался уклониться от служебных и домашних дел; стал завсегдатаем поликлиники, где до того даже не имел амбулаторной карты.

Через 8 лет после появления болей (43 года) в связи с необычным характером жалоб и неэффективностью лечения у врачей разных специальностей был направлен к психиатру. Рассказал, что постоянно испытывает мучительное ощущение «холодящей звезды» в области лба, «испускающей лучи», чувствует «дрожание мозга». Постепенно становился все более флегматичным и вместе с тем до мелочности въедливым. Постоянно следил за порядком в доме, вникал в каждую покупку, превращая этот вопрос в предмет обсуждения на целую неделю. Продал ружье, перестал охотиться. На работе отсиживал положенное, понимал, что справляется лишь потому, что редко получает новые задания, требующие быстрой ориентировки и определенных усилий. Почти не выходил из дома, пунктуально выполнял предписания врача, делал физические упражнения, но в связи с усилением тягостных ощущений в голове и появлением «внутренней рези в глазах» оставил и

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

эти занятия. В возрасте 47 лет почувствовал ухудшение самочувствия: ощущения в голове стали более интенсивными и разнообразными - покалывание переходило в давление, «шипящие боли»; в области лба, «повыше звезды», образовался новый очаг - «круг щиплющей боли». Работать не мог, был госпитализирован в психиатрическую больницу, где со временем ему была определена инвалидность II группы.

Психическое состояние: словарный запас небогат. Многословен, жестикулирует, просит не перебивать, иначе не сможет ответить, собраться с мыслями. Даже наводящие вопросы долго обдумывает, должен излагать все по порядку, с самого начала. Курьезно педантичен - ведет специальные записи, в которых по минутам фиксирует весь проведенный день, включая время, затраченное на туалет, процедуры; пытается, но безуспешно, выразить нюансы самочувствия.

Затрудняется при описании жалоб: стремится во всех деталях передать характер своей болезни, но не может подобрать сравнений, отражающих необычность его ощущений. Отмечает, что после проведенного курса лечения остались только «подбаливание, неловкость в голове», но постоянно ожидает обострения болезненных симптомов. Полагает, что страдает каким-то телесным заболеванием, но более конкретных суждений нет - врачам виднее. В вопросы лечения не вникает - ему важно почувствовать хотя бы незначительное облегчение. При отсутствии какой-либо соматической или неврологической объективной патологии испытывает постоянное утомление. Малоподвижен, бездеятелен, не читает, у телевизора просиживает лишь несколько минут. Ограничивает нагрузки, к которым относит даже расспросы о семейных делах.

Эссенциальные сенестопатии формируются в рассматриваемом наблюдении уже на начальных этапах болезни вслед за непродолжительным периодом сенестоалгий и определяют клиническую картину на протяжении 12 лет. Патологические сенсации (сенестопатии) носят стойкий, ограниченный характер, не обнаруживая тенденции к иррадиации на другие участки тела. Наряду с сенестопатическими нарушениями все более отчетливо выступают негативные изменения (редукция энергетического потенциала), инвалидизирующие больного.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Глава 5. Патология мышления (расстройства сферы ассоциаций)

Мышление здорового человека находится в соответствии с законами логики. Отражая сущность реальной жизни, оно дает возможность полноценного общения и познания окружающего мира, его результаты представляются понятными. Психология изучает мышление как познавательную деятельность, дифференцируя ее на виды в зависимости от уровней обобщения, характера используемых средств, их новизны для субъекта, степени его активности, адекватности мышления действительности.

В этой связи выделяются следующие типы мышления: *словесно-логическое, наглядно-образное* и *наглядно-действенное.* Логическое мышление в известной мере противоположно интуитивному и, конечно, аутистическому, связанному с уходом от действительности во внутренний мир аффективных переживаний.

Психическая патология сферы ассоциаций включает ряд факторов, которые существенным образом влияют на течение мыслей и мышление. В результате у душевнобольных возникают такие идеи, представления и выводы, правильность которых выглядит сомнительной, а часто даже совершенно неприемлемой. При этом имеют значение не только качественные, но и количественные изменения, характеризующие ассоциативный процесс, мышление - его темп, скорость, последовательность.

Ускорение ассоциативного процесса - увеличение количества ассоциаций, образующихся в единицу времени в каждый данный его отрезок, облегчение их возникновения. Это характеризуется непрерывностью возникновения мыслей, суждений. Умозаключения в таких случаях становятся поверхностными, они могут быть обусловлены случайными связями. В выраженных случаях ускорение мышления достигает степени скачки идей *(fuga idearum),* вихря мыслей и представлений. Больше всего у таких больных бросается в глаза усиливающаяся отвлекаемость, как пишет Э. Блейлер (1916), сначала внутренняя, а потом и внешняя. Больные очень часто меняют целевые представления. В тяжелых случаях при каждой новой, только намеченной мысли наблюдается «перескакивание» на совершенно другие: больной, например, рассказывает о поездке на курорт, затем переходит к описанию посторонних мелочей, перескакивает с предмета на предмет, часто не в состоянии из-за этого довести мысль до конца. Повышенная отвлекаемость извне может быть нерезкой, но чаще она достаточно ясно выражена. Всякое впечатление органов чувств, которое больной испытывает, сейчас же находит отражение в его речи: он замечает цепочку у врача и начинает говорить об этом, слышит звон монет - переходит к теме денег. Такую отвлекаемость можно трактовать и как расстройство внимания (повышенная живость). Мышление при потоке ассоциаций и скачке идей нельзя назвать мышлением без цели, она всегда имеется, но постоянно меняется. Можно наблюдать преобладание внешних и словесных ассоциаций над внутренними. В суждениях и умозаключениях таких больных обнаруживается непоследовательность. Как выбор впечатлений и идей, так и их порядок одинаково неудовлетворительны. Темы мышления часто меняются в зависимости от простого созвучия произносимых слов или предмета, случайно попавшего в поле зрения. В подобных случаях наблюдается ассоциативный ментизм - непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, наплыв образов, представлений, что приближает данное состояние к психическому автоматизму.

Торможение ассоциаций характеризуется обратными возбуждению проявлениями, прежде всего уменьшением количества ассоциаций в единицу времени и в соответствии с этим замедлением самого процесса мышления. Совокупность мыслительных процессов идет медленно и субъективно с затруднением, перемена

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

целевого представления возникает не сразу. В крайних случаях она делается вообще невозможной. Предпочтение отдается какому-то одному представлению.

Торможение процесса мышления отражает замедление возникновения ассоциаций, уменьшение их количества, образующегося в единицу времени. Мысли и представления формируются с трудом, их немного, содержание однообразно, бедно. Больные сами жалуются на отсутствие мыслей в голове, утрату способности быстро соображать, «притупление мыслей», интеллектуальное оскудение.
Бессвязность (инкогеренция) мышления описана Т. Мейнертом (1881). Характеризуется растерянностью, повышенной отвлекаемостью, утратой способности к образованию ассоциативных связей, правильному, логическому соединению представлений и понятий, реальному отражению действительности во всем ее многообразии. Обнаруживается потеря способности к элементарным обобщениям, анализу и синтезу; мышление становится хаотическим, ассоциативные связи теряют смысловое содержание (бессмыслие, аменция). Речь больных состоит из беспорядочного набора слов с преобладанием имен существительных, утрачивается грамматическая правильность, иногда речь приобретает характер рифмованной, но совершенно бессмысленной болтовни.

Обстоятельность мышления - затруднение образования новых ассоциаций вследствие доминирования и ретенции предыдущих. У больных утрачивается способность отделять главное от второстепенного, существенное от несущественного, что снижает продуктивность мышления. При изложении каких-либо сведений больные привлекают большое количество ненужных деталей, старательно и подробно описывают не имеющие никакого значения мелочи.

Тугоподвижность (торпидность, вязкость) мышления - выраженная затрудненность последовательного течения мыслей с очевидной замедленностью и крайней тягучестью. Торпидными (вялыми, оцепенелыми) становятся речь больных и их действия.

Персеверация мышления характеризуется наряду с общим затруднением ассоциативного процесса длительным преобладанием одной какой-либо мысли или представления. Больной «топчется» на одной мысли, многократно повторяет ее, а также ответ на вопрос, даже после того, как задан новый вопрос совершенно другого содержания.

Задержка, закупорка мышления *(«sperrung»)* - остановка, обрыв мыслей. Больные замолкают, утрачивают нить разговора, пытаются заменить «ушедшую» мысль другой, похожей, но вновь «теряют» ее вследствие новой закупорки. Это происходит при ясном сознании, субъективно регистрируется как потеря мысли. Э. Блейлер (1920) специально подчеркивает, что надо отличать задержку ассоциаций от заторможения, так как последнее указывает на депрессию, а задержка ассоциаций характерна для шизофрении.
Паралогическое мышление - возникновение несопоставимых ассоциативных связей и понятий, положений, объединение противоречивых идей и образов с произвольной заменой одних понятий другими. При этом может наблюдаться «соскальзывание» с основной мысли на совершенно другую по ее направленности, что сопровождается утратой логической связи, делает речь малопонятной по содержанию и смыслу.

И.Ф. Случевский (1975) приводит как пример паралогического мышления письмо одного из больных:

«Уважаемые товарищи! Достойно внимания все, что может заинтересовать всех. К этому я постараюсь добавить немного из фактов, еще происходящих на наших глазах. Возможно, это вызовет с вашей снисходительностью некоторую мягкость, точнее, может быть, мягкая снисходительность будет в центре вашего настроения.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Итак, самой человеческой или гуманной профессией является пока медицина. А это все бы признали, если бы поняли отчетливо тесную зависимость голоса общественности, лица общества с медициной. Не хочу навязываться, хотя всеобщее внимание на улучшение здоровья - современное, типичное явление. Конечно, я не пишу масштаба из жизни, наверное, все-таки расширить при общей целеустремленности внимания на все абсолютно полезно отрицать мелочи в нашем кругозоре. У меня дело простое... сформулировать вопрос труднее, чем решать постоянное и повседневное ознакомление с одними и теми же проблемами почти совсем не отягощает трудящихся».

Резонерское мышление характеризуется наличием пустых и бесплодных рассуждений, основанных на формальных, поверхностных аналогиях. Э.А. Евлахова (1936) отмечала у больных шизофренией различные типы резонерства.
Вариант «вычурного» резонерства отличается преобладанием аутистической позиции и своеобразной личностной пропорции: тонкость, гиперэстетичность, наблюдательность при наличии эмоционального уплощения. «Манерно-резонерское» мышление характеризуется преобладанием рассуждательства, переоценкой формальной стороны предмета рассуждения, малой содержательностью и продуктивностью предмета рассуждения, банальностью, трафаретностью, склонностью к стереотипиям. «Педантичное резонерство» отличается достаточной контактностью и большей живостью интеллекта, склонностью к шуткам и плоскому остроумию при непонимании юмора, иронии, при утрате чувства такта; чрезмерной патетичностью, с которой произносятся банальные суждения. Выделенные типы резонерства автор не соотносит с особенностями течения болезни.
Психологическая сущность резонерства раскрыта в работах Т.И. Тепеницыной (1965, 1979). Она обнаружила, что резонерство не связано с каким-либо определенным видом ошибок в осуществлении собственно мыслительных операций, а обусловлено особенностями личностно-мотивационной сферы больных. Такой вариант личностной позиции больного определяется как утрированная претенциозно-оценочная позиция, аффективная неадекватность выбора предмета обсуждения, несоответствие его способам доказательств и поводу, недостаточная самокритичность, своеобразная манера речи (витиеватость, склонность к многозначительным интонациям, употребление в избытке зачастую совершенно не подходящих к предмету обсуждения понятий, многоречивость). Резонерское мышление чаще всего встречается при шизофрении, но наблюдается при эпилепсии, иногда при олигофрении, органических поражениях головного мозга.

Аутистическое мышление (Блейлер Э., 1911, 1912) определяется автором как аффективное, при котором доминирующими мотивами формирования ассоциаций служат желания, в то время как реально-рационалистические представления вытесняются. Аутистическое мышление возникает как симптом преобладания внутренней жизни (аутизм), что сопровождается активным уходом от реальности. Аутистическое мышление, таким образом, может давать выражение всевозможным тенденциям и влечениям, которые скрыты в человеке, одновременно самым противоположным (амбивалентность, амбитендентность мышления). Поскольку логика, репродуцирующая реальные соотношения, не является для аутистического мышления руководящим началом, самые различные желания могут сосуществовать друг с другом независимо от того, находятся ли они в противоречии, отвергаются ли сознанием или нет. В реалистическом мышлении, в нашей жизни и в наших поступках большое число влечений и желаний игнорируется, подавляется в пользу того, что субъективно важно; многие из этих желаний едва ли доходят до нашего сознания. При аутизме, при аутистическом мышлении все это может выражаться подчас в одних и тех же аутистических мыслях, противоположных по содержанию: быть опять ребенком, чтобы простодушно наслаждаться жизнью, и в то же время оставаться зрелым человеком, желания которого направлены, например, на достижение власти,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

на высокое положение в обществе; жить бесконечно долго и одновременно заменить это жалкое существование нирваной. При этом идеи могут выражаться в самых рискованных символах, а мышление - одновременно становиться символическим. Подобные особенности мышления и аутизм как особый феномен чаще встречаются, по мнению Э. Блейлера, при шизофрении.

5.1. НАВЯЗЧИВОСТИ

Навязчивые расстройства, прежде всего навязчивый страх, описаны еще врачами древности. Гиппократ (V в. до н.э.) приводил клинические примеры подобных проявлений. Например, так была описана болезнь

Никанора: «...отправляясь на пирушку, он испытывал страх перед звуками флейты; заслышав на пиру первые ее звуки, он переживал ужас; он говорил всем, что с трудом мог сдержать себя, если это было ночью; днем же, слушая этот инструмент, он не испытывал никакого волнения. Это продолжалось уже долгое время».

Врачи и философы Античности относили страх (фобос) к четырем главным «страстям», от которых происходят болезни. Зенон Китийский (336-264 гг. до н.э.) в книге «О страстях» определил страх как ожидание зла. К страху он причислял также ужас, робость, стыд, потрясение, испуг, мучение. Ужас, согласно Зенону, - это страх, наводящий оцепенение. Стыд - страх бесчестия. Робость - страх совершить действие. Потрясение - страх от непривычного представления. Испуг - страх, от которого отнимается язык. Мучение - страх перед неясным.

Основные виды навязчивых расстройств клинически были описаны уже гораздо позднее.

В 30-х годах XVIII в. Ф. Лере (F. Leuret) описал страх пространства. Более детально некоторые виды навязчивых расстройств даны у Ф. Пинеля в одном из разделов его классификации под названием «мания без бреда» (1818). Б. Морель, считая эти расстройства эмоциональными патологическими феноменами, обозначал их термином «эмо-тивный бред» (1866).

Р. Крафт-Эбинг в 1867 г. ввел в обращение термин «навязчивые представления» (Zwangsvorstellungen); в России И.М. Балинский предложил понятие «навязчивые состояния» (1858), которое быстро вошло в лексикон отечественной психиатрии. М. Фальре-сын (1866) и Легран-дю-Соль (1875) выделили болезненные состояния в форме навязчивых сомнений с боязнью прикосновения к различным предметам. Впоследствии стали появляться описания различных навязчивых расстройств, для обозначения которых вводились разные термины: *idees fixes* (неподвижные, закрепившиеся идеи), *obsessions* (осада, одержимость), *impulsions conscientes* (сознаваемые влечения) и др. Французские психиатры чаще пользовались термином «обсессии», в Германии утвердился термин «ананказм», «ананкасты» (от греч. «Ананке» - богиня рока, судьбы). Курт Шнайдер полагал, что ананкастические психопаты чаще других проявляют тенденцию к возникновению навязчивостей (1923).

Первое научное определение навязчивостей дал Карл Вестфаль: «...под именем навязчивых следует подразумевать такие представления, которые появляются в содержании сознания страдающего ими человека против и вопреки его желанию при незатронутом в других отношениях интеллекте и не будучи обусловленными особым эмоциональным или аффективным состоянием; их не удается устранить, они препятствуют нормальному течению представлений и нарушают его; больной с постоянством признает их за нездоровье, чуждые ему мысли и сопротивляется им в своем здоровом сознании; содержание этих представлений может быть очень сложным, часто даже большей частью оно бессмысленно, не находится ни в каком очевидном соотношении с прежним состоянием сознания, но даже самому больному оно кажется непонятным, как бы прилетевшим к нему из воздуха» (1877).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Сущность данного определения, исчерпывающего, но достаточно громоздкого, в последующем не подвергалась принципиальной обработке, хотя дискуссионным считался вопрос об отсутствии сколько-нибудь значительной роли аффектов и эмоций в возникновении навязчивостей. В.П. Осипов как раз этот тезис К. Вестфаля считал не вполне точным, но все же отмечал, что мнение В. Гризингера и других компетентных ученых совпадало с мнением К. Вестфаля. Д.С. Озерецковский (1950), основательно изучивший эту проблему, определял навязчивые состояния как патологические мысли, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, действия, возникающие независимо и вопреки желанию больных, притом неодолимо и с большим постоянством. В последующем А.В. Снежневский (1983) дал более четкое обозначение обсессий, или навязчивостей.

Суть обсессий заключается в принудительном, насильственном, неодолимом возникновении у больных мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений при осознании их болезненности, наличии критического к ним отношения и борьбы с ними.
В клинической практике навязчивые расстройства разделяют на те, которые не связаны с аффективными переживаниями («абстрактные», «отвлеченные», «индифферентные»), и аффективные, чувственно окрашенные навязчивости (Снежневский А.В., 1983). В первой группе «нейтральных» по отношению к аффекту навязчивостей раньше других описаны часто встречающиеся явления «навязчивого мудрствования». Их выделил В. Гризингер (1845), давший и особое обозначение такому феномену - Grubelsucht. Термин «навязчивое мудрствование» (или «бесплодное мудрствование») В. Гризингеру подсказал один из его больных, который постоянно думал о различных, не имеющих никакого значения предметах и считал, что у него развивается «мудрствование совершенно пустого характера». П. Жане (1903) называл это расстройство «умственной жвачкой», а Легран-дю-Соль - «душевной жвачкой» (1875).

В.П. Осипов (1923) приводит яркие примеры такого рода навязчиво-стей в виде непрерывно возникающих вопросов: «.почему Земля вертится в определенном направлении, а не в противоположном? Что было бы, если бы она вертелась в обратном направлении? Так же жили бы люди или по-другому? Не были бы они другими? Как бы они выглядели?» «...почему этот дом 4-этажный? Если бы он имел 3 этажа, жили бы в нем те же самые люди, принадлежал он тому же хозяину? Был бы он того же цвета? Стоял бы он на той же улице?» С.С. Корсаков (1901) ссылается на клинический пример, который приводил Легран-дю-Соль:

Больная, 24 лет, известная артистка, музыкант, интеллигентная, очень пунктуальная, пользуется прекрасной репутацией. Когда она находится на улице, ее преследуют такого рода мысли: «Не упадет ли кто-нибудь из окошка к моим ногам? Будет ли это мужчина или женщина? Не повредит ли себе этот человек, не убьется ли до смерти? Если ушибется, то ушибется головой или ногами? Будет ли кровь на тротуаре? Если он сразу убьется до смерти, как я это узнаю? Должна ли я буду позвать на помощь, или бежать, или прочесть молитву, какую молитву прочесть? Не обвинят ли меня в этом несчастье, не покинут ли меня мои ученицы? Можно ли будет доказать мою невиновность?». Все эти мысли толпою овладевают ее умом и сильно волнуют ее. Она чувствует, что дрожит. Ей хотелось бы, чтобы кто-нибудь успокоил ее ободряющим словом, но «пока никто еще не подозревает, что происходит с ней».
В некоторых случаях подобные вопросы или сомнения касаются каких-либо весьма ничтожных явлений.

Так, французский психиатр Ж. Байарже (1846) рассказывает об одном больном, у которого развилась потребность расспрашивать о разных подробностях, касающихся красивых женщин, с которыми он встречался, хотя бы совершенно случайно. Эта навязчивость появлялась всегда, когда больной видел где бы то ни было красивую

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

даму, и не поступить согласно потребности он никак не мог; а с другой стороны, это было связано с массой затруднений. Постепенно положение его стало настолько тяжелым, что он не мог спокойно сделать несколько шагов по улице. Тогда он придумал такой способ: стал ходить с закрытыми глазами, его водил провожатый. Если больной услышит шорох женского платья, он сейчас же спрашивает, красива ли встретившаяся особа или нет? Только получив от провожатого ответ, что встречная женщина некрасива, больной мог успокоиться. Так дело шло довольно хорошо, но однажды ночью он ехал по железной дороге, вдруг ему вспомнилось, что, будучи на вокзале, он не узнал, красива ли особа, продававшая билеты. Тогда он разбудил своего спутника, стал его спрашивать, хороша ли была та особа или нет? Тот, едва проснувшись, не мог сразу сообразить и сказал: «не помню». Этого было достаточно, чтобы больной взволновался настолько, что нужно было послать доверенное лицо назад узнать, какова была наружность продавщицы, и больной успокоился после того, когда ему сообщили, что она некрасива.

Описанные феномены, как видно из примеров, определяются появлением у больных вопреки их желанию бесконечных вопросов случайного характера, которые не имеют никакого практического значения, они часто неразрешимы, следуют один за другим, возникают навязчиво, помимо желания. По образному выражению Ф. Мешеде (1872), такие навязчивые вопросы проникают в сознание больного подобно ввинчиванию бесконечного винта.
Навязчивый счет, или аритмомания, - это навязчивое стремление точно считать и удерживать в памяти количество пройденных шагов, количество встреченных по дороге домов, столбов на улице, прохожих мужчин или женщин, количество автомобилей, стремление складывать их номера и др. Некоторые больные разлагают на слоги слова и целые фразы, подбирают для них отдельные слова с таким расчетом, чтобы получилось четное или нечетное количество слогов.

Навязчивые репродукции или припоминания обозначаются термином ономатомания. Этот феномен был описан М. Шарко (1887) и В. Маньяном (1897). Патология при таких расстройствах выражается в навязчивом стремлении припоминать совершенно ненужные термины, имена героев в художественных произведениях. В других случаях навязчиво воспроизводятся и вспоминаются различные слова, определения, сравнения.

Один больной С.С. Корсакова (1901) иногда среди ночи должен был разыскивать в старых газетах имя лошади, выигравшей когда-то приз, - так сильна у него была навязчивая мысль, связанная с припоминанием имен. Он понимал абсурдность этого, но не успокаивался, пока не находил нужное имя.

Контрастные представления и хульные мысли также могут приобретать навязчивый характер. При этом в сознании больных возникают представления, противоположные их мировоззрению, этическим установкам. Против воли и желания больных им навязываются мысли о нанесении вреда своим близким. У лиц религиозных возникают мысли циничного содержания, навязчиво привязывающиеся к религиозным представлениям, они идут вразрез с их нравственно-религиозными установками. Примером «абстрактных» навязчивостей ирреального содержания может служить следующее клиническое наблюдение С.И. Конторума и соавт. (1936).
Больной Г., 18 лет. Психозов в семье не отмечалось. Сам пациент в возрасте 3 лет, получив давно желанную игрушку, неожиданно ударил ею мать по голове. С 8 лет - выраженные фобии: страхи за смерть близких, боязнь определенных улиц, воды, чисел и пр. В школе блестяще занимается по литературе, плохо - по остальным предметам. В пубертатном периоде начали преследовать своеобразные мысли и состояния: стал бояться огня (спичек, керосиновой лампы) из опасения спалить, сжечь брови, ресницы. Если видел на улице прикуривающего человека, на целый день портилось настроение, больше ни о чем не мог думать, казался потерянным

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

весь смысл жизни. В последнее время огонь больного беспокоит меньше. После окончания школы болел плевритом, в это время появился при чтении лежа страх - казалось, что на книгу сыпятся брови. Стало казаться, что брови повсюду - на подушке, в постели. Это очень раздражало, портило настроение, бросало в жар, а встать было нельзя. За стеной в это время горела керосиновая лампа, ему казалось, что он чувствует, как от нее пышет жар, чувствует, как обжигаются ресницы, осыпаются брови. После выписки устроился инструктором в журнал, но боялся бывать на солнце, чтобы не ожечь бровей. Работа была ему по душе. Легко мог бы с ней справиться, если бы не мешали навязчивые мысли об осыпании бровей на книгу и бумагу. Постепенно появлялись другие навязчивости, связанные с опасениями за свои брови. Стал бояться сидеть у стены, так как к стене «могут прилипнуть брови». Стал «собирать брови» со столов, платья и «водворять их на место». Вскоре вынужден был уйти с работы. Два месяца отдыхал дома, не читал, не писал. Керосинок стал бояться меньше. На отдыхе чувствовал себя хорошо, но мысль об осыпании бровей не покидала. Стал мыться по многу раз в день, чтобы смыть «с лица и рук брови». Примачивал брови, чтобы они от высыхания не осыпались. Когда шел пешком от станции домой 3 км, закрывал брови руками, чтобы их не спалила горящая дома керосиновая лампа. Сам считал это ненормальным, но избавиться от подобных опасений не мог. Вскоре вновь устроился на работу, зимой носил демисезонное пальто, так как казалось, что на зимнем - брови. Затем стал бояться входить в комнату, казалось, что на столах - брови, которые полетят на него, что заставит мыться. Боялся дотрагиваться рукой до папки. В дальнейшем появился страх попадания в глаза стекла. Оставил работу, дома в основном лежит, «борется с мыслями», но избавиться от них не может.

Навязчивые сомнения, описанные М. Фальре (1866) и Легран-дю-Солем (1875), близки к навязчивым страхам. Это чаще всего сомнения в правильности своих действий, правильности и завершенности своих поступков. Больные сомневаются, заперли ли они двери, потушили ли свет, закрыли ли окна. Опуская письмо, больной начинает сомневаться, правильно ли написал адрес. В таких случаях возникают многократные проверки своих действий, при этом используются различные способы для сокращения времени перепроверок.

В ряде случаев возникают сомнения в форме навязчивых представлений по контрасту. Это неуверенность в правильности совершаемых поступков с тенденцией действовать в противоположном направлении, реализующаяся на основе внутреннего конфликта между равнозначными, но либо недостижимыми, либо несовместимыми желаниями, что сопровождается неодолимым стремлением освободиться от невыносимой ситуации напряжения. В отличие от навязчивостей повторного контроля, при которых превалирует «тревога назад», навязчивые сомнения по контрасту формируются на основе актуальной тревоги, они распространяются на события, происходящие в настоящее время. Сомнения контрастного содержания формируются как изолированный феномен, вне связи с какими-либо другими фобиями (Волель Б.А., 2002).
Примером навязчивых сомнений по контрасту считают, например, неразрешимость ситуации «любовного треугольника», так как пребыванию с возлюбленной сопутствуют представления о незыблемости семейного уклада и, наоборот, нахождение в кругу семьи сопровождается тягостными мыслями о невозможности расставания с объектом привязанности.

С.А. Суханов (1905) привел клинический пример навязчивых сомнений, описав одного гимназиста, который, приготовив уроки к следующему дню, сомневался, хорошо ли он все знает; тогда он начинал, проверяя себя, вновь повторять выученное, делая это несколько раз за вечер. Родители стали замечать, что он до самой ночи готовится к урокам. При расспросе сын объяснил, что у него отсутствует уверенность в том, что

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

все сделано как надо, он все время сомневается в себе. Это послужило причиной обращения к врачу и проведения специального лечения.

Яркий случай подобного рода описал В.А. Гиляровский (1938). Один из наблюдаемых им пациентов, страдавший навязчивыми сомнениями, 3 года лечился у одного и того же психиатра, и в конце этого периода, придя к нему на прием другой дорогой, стал сомневаться, не попал ли он к другому врачу с такой же фамилией и именем. Чтобы успокоить себя, просил врача 3 раза подряд назвать себя и 3 раза подтвердить, что он - его пациент и что лечится именно у него.

Особенно часто и в самой разнообразной форме встречаются в практике навязчивые страхи, или фобии. Если простые фобии, по Г. Гофману (1922), - чисто пассивное переживание страха, то навязчивые фобии - страх или вообще отрицательная эмоция плюс активная попытка к устранению последней. Навязчивые страхи чаще всего имеют аффективную компоненту с элементами чувственности, образности переживаний.
Ранее других был описан страх перед большими открытыми пространствами, страх площадей, или «площадной» страх, по Е. Кордесу (1871). Такие больные боятся переходить широкие улицы, площади (агорафобия), поскольку опасаются, что в этот момент с ними может произойти что-то роковое, непоправимое (наедет автомобиль, станет плохо, и никто не сможет оказать помощь). При этом могут развиться паника, ужас, различные ощущения в теле - сердцебиение, похолодание, онемение конечностей и др. Аналогичный страх может возникнуть и при попадании в закрытые помещения (клаустрофобия) и в гущу толпы (антропофобия). П. Жане (1903) предложил термином агорафобия обозначать все фобии положения (агора-, клаустро-, антропо- и транспортные фобии). Все эти виды навязчивых фобий могут приводить к возникновению так называемых «панических атак», которые возникают внезапно, характеризуются витальным страхом, чаще всего страхом смерти (танатофобия), генерализованной тревогой, резкими проявлениями вегетативного психосиндрома с сердцебиениями, нарушениями сердечного ритма, затруднениями при дыхании (диспноэ), избегающим поведением.

Навязчивые страхи могут быть самыми разнообразными по их фабуле, содержанию и проявлению. Разновидностей их так много, что перечислить все не представляется возможным. Почти каждое явление реальной жизни может вызвать у больных соответствующий страх. Достаточно сказать, что со сменой исторических периодов меняются и «обновляются» фобические расстройства, например, захлестнувшая все страны мода на покупку кукол Барби породила страх приобретения подобной куклы (барбифобия). Все же наиболее постоянными являются достаточно распространенные фобии. Так многие люди боятся находиться на возвышенном месте, у них развивается страх высоты (гипсофобия), других страшит одиночество (монофобия) или, наоборот, нахождение на людях, страх выступления перед людьми (социофобия); многие боятся увечья, неизлечимого заболевания, заражения бактериями, вирусами (нозофобия, канцерофобия, спидофобия, бактериофобия, вирусофобия), любого загрязнения (мизофобия). Может сформироваться страх внезапной смерти (танатофобия), страх погребения заживо (тафефобия), острых предметов (оксифобия), принятия пищи (ситофобия), страх сойти с ума (лиссофобия), боязнь покраснеть при людях (эрейтофобия), описанная В.М. Бехтеревым (1897) «навязчивая улыбка» (опасение, что на лице не вовремя и некстати появится улыбка). Известна также навязчивость, заключающаяся в боязни чужого взгляда, многие больные страдают от боязни не удержать газы в обществе других людей (петтофобия). Наконец, страх может оказаться тотальным, всеохватывающим (панфобия) или развивается страх возникновения страха (фобофобия).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Дисморфофобия (Morselli E., 1886) - страх телесных изменений с мыслями о мнимом внешнем уродстве. Типично частое сочетание идей физического недостатка с идеями отношения и снижением настроения. Отмечается тенденция к диссимуляции, стремление к коррекции несуществующего недостатка (дисморфомания, по М.В. Коркиной, 1969).

Навязчивые действия. Эти расстройства проявляются по-разному. В некоторых случаях они не сопровождаются фобиями, но иногда могут развиться вместе со страхами, тогда они обозначаются как ритуалы.

Индифферентные навязчивые действия - движения, совершаемые против желания, которые нельзя сдержать усилием воли (Снежнев-ский А.В., 1983). В отличие от гиперкинезов, являющихся непроизвольными, навязчивые движения относятся к волевым, но привычным, от них трудно избавиться. Некоторые люди, например, постоянно оскаливают зубы, другие прикасаются рукой к лицу, третьи совершают движения языком или особым образом поводят плечами, шумно выдыхают воздух через ноздри, прищелкивают пальцами рук, трясут ногой, прищуривают глаза; пациенты могут повторять какое-либо слово без надобности: «понимаете», «так сказать» и др. Сюда же относятся некоторые формы тика. Иногда у больных развиваются генерализованные тики с вокализацией (синдром Жилль де ла Туретта, 1885). К навязчивым действиям многие относят некоторые виды патологических привычных действий (кусание ногтей, ковыряние в носу, облизывание пальцев или сосание их). Однако к навязчивостям они относятся только тогда, когда сопровождаются переживанием их как чуждых, болезненных, вредных. В остальных случаях - это патологические (дурные) привычки.

Ритуалы - навязчивые движения, действия, возникающие при наличии фобий, навязчивых сомнений и имеющие прежде всего значение защиты, особого заклинания, предохраняющего от беды, опасности, всего того, чего больные боятся. Например, чтобы предотвратить несчастье, больные при чтении пропускают 13-ю страницу, с целью избежать внезапной смерти избегают черного цвета. Некоторые носят в кармане «оберегающие» их предметы. Один пациент перед выходом из дома должен был 3 раза хлопнуть в ладоши, это «спасало» от возможного несчастья на улице. Ритуалы настолько разнообразны, насколько разнообразны навязчивости вообще. Выполнение навязчивого ритуала (а ритуал - это не что иное, как навязчивость против навязчивости) на какое-то время облегчает состояние больного. Навязчивые влечения характеризуются возникновением вопреки желанию больного стремления совершить какое-либо бессмысленное, иногда даже опасное действие. Часто такие расстройства проявляются у молодых матерей в сильном желании причинить вред своему младенцу - зарезать или выбросить из окна. При этом больные испытывают чрезвычайно сильное эмоциональное напряжение, «борьба мотивов» доводит их до отчаяния. Некоторые испытывают ужас, представляя, что будет, если они исполнят то, что им навязывается. Навязчивые влечения, в отличие от импульсивных, обычно не выполняются.

5.2. БРЕД

Этот вид патологии мыслительной деятельности со времен античности отождествлялся с понятием сумасшествия. Термин «паранойя» *(paranoia* - схождение с ума, от греч. *nus* - ум) использовал еще Пифагор для противопоставления правильному, логическому мышлению (дианойя). Широкое значение термина паранойя впоследствии постепенно суживалось в связи с необходимостью выделения точного клинического понятия, соответствующего патологии мышления у тех больных, которые приобретают стойкое превратное, неправильное представление о происходящих событиях. В таких случаях в их сознании появляются убеждения, основанные не на здравом размышлении, отражающем реальность, а на ложных,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

болезненных посылках. Идеи, возникающие в связи с подобными ложными выводами, называются бредовыми идеями, поскольку они не соответствуют действительности и совершенно не поддаются ни разубеждению, ни коррекции.

К. Ясперс (1913) понимал под бредом умозаключения, не соответствующие действительности, со стойкой убежденностью в их правильности, при этом не поддающиеся коррекции. Г. Груле (1943) определил бред как «установление связи между явлениями без основания, не поддающееся исправлению». В. Гризингер (1881) специально подчеркивал, что бредовые идеи противостоят свидетельству чувств и рассудку, результатам проверки и доказательствам. По общепринятому определению, бред - это совокупность идей, суждений, вытекающих из ложной посылки, не соответствующих действительности и не исчезающих при разубеждении или разъяснении их нелепости.
Ж.П. Фальре-отец (1855) впервые описал последовательные стадии (этапы) формирования бреда. На первом этапе (инкубация бреда) отмечаются настороженность больных, некоторая напряженность, недоверчивость. Второй этап - систематизация бреда. Начинает преобладать необычайная интеллектуальная активность больных в разработке бредовой идеи, в поисках «доказательств» бредовой системы, что сопровождается тщательным «анализом» и «бредовым толкованием» происходящего. Завершающий, третий этап бреда - период стереотипии, здесь бред находит свою формулу, останавливается в своем развитии; это - клише, оно не подлежит уже никаким изменениям.

По мнению Я. Анфимова (1913), слово «бред» происходит от глагола «бреду», что означает «иду неуверенно». Если это мнение правильно, как полагает В. Осипов, то очевидно, что характер неуверенности походки, неясно выраженной цели у бредущего или бродящего человека, нередко блуждающего или даже заблудившегося, направляемого иногда случайными и обманчивыми влияниями, принятием термина «бред» остроумно перенесен на характеристику душевной деятельности в условиях ее патологического состояния. Такое этимологическое толкование сравнимо с расшифровкой термина *«delirium»* (от лат. *lira* - прямая полоса, засеваемая хлебом, и приставки *«de»* - отрицание, т.е. отклонение от прямого пути).

Бред - устойчивая патология мышления с изменением поведения, при которой обнаруживается совокупность идей, суждений, заключений, не соответствующих действительности, полностью овладевающих сознанием больных и не корригирующихся при разубеждении.

В Германии, следуя идеям А. Целлера, считали незыблемо установленным фактом, что любой бред возникает вторично, после предшествующей мании или меланхолии. Но это мнение было поколеблено, когда Л. Снелль (1865) убедительно показал, что существуют совершенно самостоятельные бредовые идеи. Такой бред Л. Снелль отнес к первично возникающим расстройствам интеллектуальной деятельности и назвал его первичным бредом. В дальнейшем с этим согласился В. Гризингер, который для таких бредовых расстройств предложил термин «примордиальный делирий». Таким образом, по способу возникновения бред стали подразделять на первичный (интерпретативный, паранойяльный) и вторичный, возникающий на фоне измененного аффекта (меланхолии или мании), или чувственный. Кроме того, как вторичный стали выделять бред, связанный с галлюцинациями (галлюцинаторный бред, бред объяснения; C. Wernike, 1900), а также бред, возникающий при наличии особых ощущений (катестезический бред, по В.А. Гиляровскому, 1938).

Французские психиатры E. Dupre и B. Logre (1914) как особый вариант бреда описали бред воображения. Авторы полагали, что механизм воображения можно

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

считать столь же действенным для бредообразова-ния, как и интерпретации [интерпретационный, интерпретативный бред, по P. Sereux, J. Capgras (1909)].

Содержание бреда, тематика бредовых идей может быть самой разнообразной, но чаще всего в клинике встречается бред преследования, или персекуторный бред, который впервые описал Е. Ласег (1852), затем Ж. Фальре-отец (1855), Л. Снелль (1865). Для бреда преследования характерна убежденность больного в том, что у него появился враг или враги, стремящиеся причинить ему вред.

Бред значения, или бред особого значения, тесно связан с бредом отношения, эти 2 вида бреда с трудом разграничиваются, так как в бреде значения почти всегда имеется момент патологического отношения к себе. Как бы на границе между ними стоит как связующее звено так называемый бред намека Й. Берце (1926). В качестве клинического примера Е.Н. Каменева (1957) приводит следующие наблюдения.

1. Больной К. стал «замечать», что столовые закрываются как раз тогда, когда он идет обедать; когда ему хочется пить, оказывается, что в титане нет воды; в магазинах специально для него устраиваются очереди.
2. Когда больного П. переводили на инвалидность, ему показалось, что «вся Москва наполнилась стариками и инвалидами», он «везде их встречал» и был уверен, что это делалось для того, чтобы его подразнить.

3. Больной Г. замечает, что окружающие его больные «часто прикладывают руку к виску», что, по его мнению, означает, что его должны расстрелять.

4. Больной Ф. слышит, как окружающие часто произносят слово «ванна» и этим намекают на конфликт, который был у него с соседями из-за ванны, т.е. хотят сказать об отрицательных чертах его характера.

5. Больной С. уверен, что столик, стоящий у его кровати, поставлен с умыслом и является «намеком» на когда-то взятый на производстве стол. Черный халат ему дали, чтобы указать на черноту его души.

6. Больной Т. увидел трамвайные линии и «понял», что они отделяют его от армии и от людей.

7. Больной Л. увидел на улице машину с надписью «Хлеб», это означает, по его мнению, что он не должен есть.

8. Больному Ц. товарищ показал мясо, купленное для жены; это означало, что больного должны убить.

9. Врача больницы, где лечился больной З., звали Борисом; из этого он понял, что должен бороться, чтобы не погибнуть.

10. Больному У. кажется странным, что дают столовые ложки вместо чайных, это делается специально для того, чтобы от него много узнать (большие ложки - много узнать).

11. Когда кто-то из больных заиграл на пианино, больной А. усмотрел в этом знак, что ему пора выписываться, а то «будет хуже».

В первом наблюдении налицо чистый бред отношения; факты, которые отмечает больной, не содержат особого значения, но отмечаются им, так как имеют отношение к нему и отношение не случайное - они «подстроены» специально для него. Следующие 4 наблюдения являются типичными примерами так называемого бреда намека - жесты, факты, предметы не случайны, а предна-

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

меренны, они имеют особое значение, которое относится к больному, являются намеком на его неполноценность, пороки, грозящие наказанием. Наконец, в последних 6 случаях у больных имеется бред значения.

Совершенно очевидно, что бред намека не содержит в себе чего-нибудь своеобразного, что позволило бы выделить его в качестве самостоятельной формы, он имеет в себе все те же признаки - отнесение к себе и восприятие за обычным видимым значением иного, особого значения жестов, действий, предметов и пр. Эти индифферентные в реальности, обыденные явления воспринимаются больными как имеющие отношение к ним, кажутся фактами, наделенными особым значением (вернее назначением), связанным с настоящими или прошлыми переживаниями больных, которые они конкретизируют. Все это с учетом тенденции «отнесения к себе» в выраженном бреде значения, постоянное сосуществование этого бреда в одном симптомокомплексе с простым бредом отношения и нерезкость переходов между ними свидетельствуют о том, что бред значения - это лишь усложненная форма бреда отношения, он появляется, как правило, на более поздних этапах развития бреда.

Развитие бреда преследования, как его описал Э. Ласег, бреда отношения и особого значения в ряде случаев происходит медленно, постепенно, так что картина паранойи развивается мало-помалу, напоминая то, как у некоторых людей постепенно складывается характер. Первым на это обратил внимание В. Зандер (1868), который отметил, что законченная в своей эволюции болезнь - ничто иное, как завершение психического роста и развития данной личности. Для таких случаев В. Зандер предложил термин «прирожденная паранойя», полагая, что формирование бредовой системы здесь тесно связано с характером, личностью.
Бредообразование в таких случаях достаточно специфично, практические наблюдения дают в этом отношении демонстративный иллюстративный материал. Наиболее ярким известным психиатрам всего мира примером такого рода стал случай, описанный Р. Гауппом (1910, 1914, 1920, 1938), это так называемый «случай Вагнера».

Около 5 ч утра 4 сентября 1913 г. старший учитель в деревне Дегерлок Эрнст Вагнер убил свою жену и 4 детей, заколов их в сонном состоянии кинжалом. Прикрыв трупы одеялами, Вагнер умылся, оделся, захватил с собой 3 револьвера и свыше 500 патронов и отправился по железной дороге на место своей первой службы в деревню Мюльгаузен. Там он поджег несколько зданий, а затем выбежал на улицу и, держа в каждой руке по револьверу, начал стрелять во всех встречающихся ему жителей. В результате 8 человек были им убиты, а 12 - тяжело ранены. Только когда он расстрелял все патроны и револьверы оказались пустыми, удалось в тяжелой борьбе его обезоружить, причем он получил столь тяжкие повреждения, что первое время казался мертвым. Ввиду странности мотивов, выдвинутых им в объяснение этого кровавого преступления, было произведено психиатрическое обследование (экспертиза), что дало следующие результаты. Вагнер оказался чрезвычайно отягощенным со стороны отца и со стороны матери. В детстве он был очень чувствительным, обидчивым и самолюбивым мальчиком. Крайняя правдивость не оставляла его даже тогда, когда за правду ему грозило суровое наказание. Он был щепетильно верен своему слову. Очень рано пробудились у него влечение к женщинам, богатая и неукротимая фантазия и страсть к чтению. В учительской семинарии, где он учился, его отличали духовная самостоятельность, повышенное чувство собственного достоинства, любовь к литературе и крайняя добросовестность в отношении к своим обязанностям. Рано приобрел он безнадежный взгляд на жизнь: «Самое лучшее в этой жизни - никогда не родиться, - записывает он 17-летним юношей в альбом своему товарищу, - но, если родился, надо упорно стремиться к цели». В 18 лет попал он во власть порока, который оказался роковым для его судьбы

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

- он начал заниматься онанизмом. Упорная борьба, которую он повел против своей «слабости», оказалась безуспешной. С этого времени его чувство собственного достоинства и откровенная правдивость получили сильнейший удар, а пессимизм и наклонность к ипохондрическим мыслям - благоприятную почву для развития. Впервые личность его испытала глубокий внутренний разлад между приобретшим отныне господство в его душе чувством вины и самопрезрения и прежним эстетизмом, влечением к женщинам и высоким мнением о себе. Он начал подозревать, что товарищи замечают его тайный порок и насмехаются над ним. Но этот внешний конфликт не оказал заметного влияния на его успехи и внешние отношения с людьми. Он прекрасно сдал первый учительский экзамен и стал работать помощником учителя. Отношения с товарищами по службе у него установились хорошие, его считали добродушным, хотя и несколько заносчивым человеком. Однако из-за своего самомнения он вскоре имел столкновение со старшим учителем, из-за чего был переведен в другое место - деревню Мюльгаузен. Связи с женщинами у него стали возникать довольно рано. Тем не менее онанизм он прекратить не мог даже в возрасте 26-27 лет. Больше чем за 10 лет до преступления под влиянием спиртного - а в это время он уже стал порядочно выпивать, - возвращаясь из трактира домой, несколько раз совершил содомические акты. С тех пор главным содержанием его мыслей и чувств стали угрызения совести по поводу этих «недостойных поступков». «Как я мог поддаться такому дикому влечению?» - постоянно думал Вагнер. Страх, что его порок будет открыт, снова сделал его чрезвычайно подозрительным, заставлял его боязливо, недоверчиво присматриваться, прислушиваться к лицам и разговорам окружающих. Уже имея на своей совести этот «грех», Вагнер сдал второй учительский экзамен, причем, опасаясь быть арестованным, все время носил в кармане револьвер, при аресте собираясь застрелиться. Чем дальше, тем его подозрительность росла все сильнее и сильнее. Мысль, что его сношения с животными подглядели, начала неотвязно его преследовать. Ему стало казаться, что все уже известно и что за ним установили специальное наблюдение. Если при нем разговаривали или смеялись, то у него сразу же возникал опасливый вопрос, не о нем ли этот разговор и не над ним ли смеются. Проверяя свои ежедневные наблюдения, обдумывая их мельчайшие детали, он все более укреплялся в основательности таких мыслей, несмотря на то, что, по его собственным словам, ему ни разу не удалось услыхать ни одной фразы, которая бы вполне доказала его подозрения. Только сопоставляя взгляды, мимику и отдельные движения знакомых или толкуя в особом смысле их слова, он приходил к убеждению в несомненности отношения всего этого к себе. Ужаснее всего ему казалось то, что тогда как он сам мучился жестокими самообвинениями, проклинал и казнил себя, окружающие безжалостно обратили его исключительно в предмет жестоких насмешек. С этого времени вся картина жизни стала представляться ему в совершенно извращенном виде; поведение мирных обывателей Мюльгаузена, не подозревавших о его душевной драме, в его воображении приобретает характер намеренного над ним издевательства. Дальнейшее развитие бреда прерывается переводом Вагнера на работу в другую деревню. Приняв перевод как наказание, он все же сначала почувствовал облегчение от мысли, что его на новом месте никто не будет знать. Действительно, хотя и там в его душе господствовали «мрак и тоска», однако в течение 5 лет он не замечал насмешек над собой. Он женился на девушке, с которой случайно сошелся, женился исключительно потому, что считал невозможным отказаться от брака с забеременевшей от него женщиной. Несмотря на то что теперь Вагнер жил уже нормальной половой жизнью, подозрительность все же требовала «пищи» и постепенно прежние опасения пробудились. Сопоставляя невинные замечания друзей и знакомых, он стал приходить к убеждению, что слухи о его пороках достигли и здешних мест. Виновниками этого он считал своих прежних сограждан, которым мало было издеваться над несчастным, понадобилось делать его предметом посмешища на новом месте. Чувства негодования и гнева стали расти в

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

его душе. Временами он доходил до крайних степеней возбуждения, и только начавшая с этого момента зреть мысль о мести удерживала его от непосредственной расправы. Любимым предметом его мечтаний сделалось теперь детальное обсуждение задуманного дела. План преступления в мельчайших подробностях был разработан им уже за 4 года до приведения его в исполнение. Вагнер хотел добиться одновременно двух целей. Первой из них было полное уничтожение его рода - рода дегенератов, отягощенного позором отвратительнейших пороков. «Все, что носит фамилию Вагнер, рождено для несчастья. Все Вагнеры подлежат уничтожению, всех их надо освободить от тяготеющего над ними рока», - так говорил он потом следователю. Отсюда и родилась мысль убить всех своих детей, семью своего брата и самого себя. Второй целью была месть - он собирался сжечь всю деревню Мюльгаузен и перестрелять всех ее жителей за их «жестокое издевательство» над ним. Задуманное Вагнером кровавое дело сначала пугало и его самого. Чтобы подбодрить себя, он разжигал свою фантазию и мечтал о величии стоящей перед ним задачи, которая обратилась теперь для него в великую миссию, в «дело всей жизни». Он вооружился надежным оружием, в лесу научился стрелять, подготовил кинжал для убийства жены и детей. Однако всякий раз, как думал приступить к выполнению своего плана, непреодолимый ужас охватывал его и парализовал его волю. После убийства он рассказал, как часто ночью стоял у постели детей, стремясь преодолеть внутреннее сопротивление, как моральная невозможность этого дела всякий раз отпугивала его. Постепенно жизнь сделалась для него непереносимым мучением. Но чем глубже становится тоска и отчаяние в душе Вагнера, тем больше кажется ему число его врагов и тем величественнее поставленная задача.

Для понимания сущности развития бреда в этом случае очень интересна дальнейшая судьба больного. После того как судом он был признан душевнобольным и невменяемым, Вагнер 6 лет пробыл в психиатрической больнице, когда его снова освидетельствовал Р. Гаупп. Оказалось, что он сохранил душевную живость и правильность поведения, не обнаруживал никаких признаков слабоумия. Диагноз шизофрении был отвергнут полностью. Дальнейшего развития бреда не наступало, можно было, наоборот, отметить известное ослабление его и осознание болезненности некоторых своих переживаний.

Он заявлял врачу: «Мои уголовные действия проистекали от душевной болезни... может быть, никто более меня не сожалеет о мюль-гаузенских жертвах». Как будто бы большая часть бредовых идей, возникших в связи с тяжелыми и личными переживаниями, связанными с жизненными конфликтами, корригировалась, так что при поверхностном знакомстве с больным можно было думать о полном выздоровлении. В действительности же бредовые установки остались прежними, равно как и личность больного сохраняла прежнюю паранойяльную структуру. Успокоению больного и побледнению его бреда способствовали тюремное заключение и последующее пребывание в психиатрической больнице. За это время он много работал, продолжал свои прежние литературные опыты, написал драматические произведения, в одном из которых героем вывел себя, написал большую автобиографию. Для понимания генеза бреда, как это видно, имеет значение, что главную роль играла болезненная интерпретация действительных фактов, не имевших того значения, которое приписывал им больной. Характерны следующие заявления Вагнера: «Некоторые разговоры я мог понимать так, будто говорят обо мне, ибо бывают случайности и ни к чему не обязывающие вещи, которые, принимая во внимание некоторые обстоятельства, могут представиться имеющими значение и определенную цель; мысли, которыми полна голова, охотно помещаешь в головах других». При таком как будто критическом отношении к наиболее ярким своим бредовым идеям он сохранил свою прежнюю подозрительность и при малейшем поводе начинал думать, что окружающие его высмеивают. Это свидетельствует о стойкости и незыблемости бреда отношения,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

преследования в данном случае, как и во многих других аналогичных, где бредовая система обнаруживает непоколебимость патологического мышления.
С.С. Корсаков (1902) специально приводит пример «первичного систематизированного бреда» из судебно-психиатрической практики, дает оценку состоянию больного, совершившего убийство петербургского генерал-губернатора. Эту историю болезни мы приводим с некоторыми сокращениями из-за ее большого объема и наличия показаний разных свидетелей.

А-в, 1858 г. рождения. Отец употреблял спиртное, приблизительно по 0,5 л водки в сутки, по характеру очень твердый, здоровый, благоразумный старик, умный, хитрый, легко сердился, любил читать газеты и следил за политикой. У него была черта, которая передалась и сыну: он воображал себя особенно знающим, постоянно спорил и ни с кем не соглашался.

Умер он «от старости», мать больного умерла от чахотки, когда тому было 3 года. Дядя больного по матери страдал алкоголизмом, также и двоюродные его братья. Мальчиком А-в был скромным, но самолюбивым и обидчивым до крайних пределов. Судя по расспросам знакомых, он с раннего детства заражен был тем, что называли «мания грандиоза». В 13-14 лет он был мальчиком резвым, смышленым, строптивым и упрямым. Свидетель П. показывает, что А-в и мальчиком, и юношей был болезненно самолюбивым и при ординарных способностях производил впечатление, что он считал себя выше того положения, которое занимает. Поведения он был, как показывают многие свидетели, характеризуя его с превосходной стороны, безукоризненного. Он не кутил, почти не пил вина, не курил, вел жизнь очень скромную, редко ходил в гости. Ему всегда были свойственны любознательность, любовь к чтению и к умствованию, рассуждениям на разные темы. Без книг он никогда не бывал, какая попадется книга, такую и читал, но больше стремился к книгам научным, так как имел желание стать человеком ученым. Он вообще имел сильное желание быть человеком интеллигентным, богатым, воображал себя особенно знающим, постоянно спорил, ни с кем не соглашался. Вообще, как показывает его знакомый С., больной в юности был любознательным, желающим почерпнуть, от кого возможно, сведения по разным отраслям о таких вещах, которых он сам не знал, и задавался при этом «высокими идеями». Он любил рассуждать о важных предметах, трудных для понимания, этим он хотел выделиться из всех. Он любил также выражаться, употребляя некстати разные научные термины. Лица, знавшие А-ва в несколько более позднее время, показывают, что, хотя он любил рассуждать, суждения его были часто бестолковыми, бесконечно продолжающимися, при этом часто он касался таких тем, которые и ему самому, и собеседникам были малопонятны. Его племянник показывает, что А-в часто вступал в спор на самые различные темы и в этих спорах обнаруживал очень много странностей и нелепостей, так что все его считали за человека крайне ограниченного, раздражительного и даже не совсем здорового. Это стало более заметным после того, как он оставил службу и переехал в Петербург. Мотивом для переезда послужило, по-видимому, то, что он стремился занять высшее положение путем приобретения тех сведений, которых он не мог получить в деревне. На 21-м году жизни он оставляет свою родину и переезжает в столицу. Там он изучает бухгалтерию, получает некоторые поручения по этой части. Одно из поручений состояло в приведении в порядок счетов в имении Ш. в 1880 г. в Нижегородской губернии. Перед получением этого места у А-ва вышло недоразумение с Е., очень характерное для суждения о перемене, совершившейся в его нравственном строе. Вот что говорит свидетель К. в своих показаниях: «Мне А-в рассказывал, что он учился бухгалтерии у Е., что ловко того надул, уговорившись с ним, что будет служить у него и учиться за 20 руб. в месяц, обещал заплатить за это 300 руб., но затем путем обмана уклонился от этого, так что даже убедил Е. в том, что тот имеет дело с человеком хотя и молодым, но очень практическим, трудолюбивым, но несколько странным. Это проявлялось в том, что он,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

разговаривая, как бы подыскивал слова и часто задумывался без причины. Проработав некоторое время в Ташкенте, он снова приезжает в Петербург с целью заняться самообразованием. Для этого он слушал различные лекции и изучал французский язык, много читал, посещая публичную библиотеку, причем нужно думать, что он читал книги, превосходящие уровень его понимания. Его племянник показывает, что А-в старался читать книги в форме «окончательных выводов» по разным научным вопросам без всякой системы и без достаточной подготовки, например, алгебру читал без знания арифметики, физику - не понимая значения формул, и вообще брался за всевозможные науки, хотя, не будучи в состоянии понять что-либо, придумывал свои, не основанные ни на чем выводы и теории. В 1883 г. он был арестован по ложному доносу в политической неблагонадежности и, хотя вскоре был освобожден в связи с отсутствием улик, но оставался под надзором полиции до 1885 г. С этих пор занятия по службе и по приобретению материальных средств были уже не так удачны. Чем дальше, тем хуже шла его служба, и заработок все более уменьшался. Главная причина этого была в нем самом и состояла в том, что его психическая деятельность изменялась под влиянием развивающейся болезни. Первые документальные сведения о возможности проявления у А-ва ненормального состояния относятся к 1883 г., когда его освидетельствовали в 25-летнем возрасте у врача в связи с наклонностью к разглагольствованию о вещах, трудных для понимания, хотя это было свойственно ему и ранее, но теперь усилилось и стало выражаться в наклонности делать неосновательные выводы и высказывать их безапелляционно. В это же время (25 лет) у него замечается меньшая способность к занятиям плодотворным, но зато в большей степени проявляется наклонность к умствованию и рассуждательству наряду с высоким мнением о себе. Он развивал, например, технологу С. «широкие проекты реформ по бухгалтерии, о том, что он мечтает создать воляпюк для бухгалтеров всего мира», т.е. планы, совершенно неосуществимые с учетом его небольших способностей и довольно слабых познаний. Кроме того, у него был проект об организации товарищества и проект устройства особого «бюро» для возбуждения уголовного преследования лиц, вредных для общества и для общественного строя вследствие своей безнравственности. Этот проект относится к более позднему периоду и сформировался в 1887 г. Свидетель С. показывает, что когда А-в бывал у него, то «его мутное лицо, бессвязная речь, обусловленная неудержимой болтливостью, погоня за фразами, затемняющими смысл, чрезмерное самомнение, высокомерное отношение к писателям, экономистам, другим известным деятелям» - все это убеждало свидетеля в наличии у А-ва хронического психоза, поэтому он высказывал такие свои соображения и подозрения в 1887 г. доктору-психиатру, считая необходимым госпитализацию в психиатрическую лечебницу.

Племянник А-ва в это время стал замечать ненормальное психическое состояние своего дяди, так как тот писал разные проекты и статьи, которые ни одна редакция не принимала. Он читал научные книги, но правильного представления о прочитанном не имел. Например, он говорил про электричество и магнетизм, высказывал и формулировал такие законы, которых в действительности не существовало, а когда ему делали замечание о неверности суждений, он отчаянно спорил и стоял на своем, заявляя, что не признает сделанных учеными выводов и что он сам дает правильные заключения. Он много говорил о гипнотизме, развивая при этом свою собственную теорию. Из этих данных видно, что в возрасте 28-29 лет у А-ва уже стали складываться определенные бредовые идеи. Сам А-в указывал, что для него вполне ясно сделалось существование какой-то таинственной силы и ее влияния на людей примерно в 1887 г. после происшествия в публичной библиотеке, которое он описывает в своей статье, носящей заглавие «Таинственность». В это время он заметил, что все присутствующие в библиотеке в одно и то же время начинают кашлять. Очевидно, это было влияние какой-то тайной силы, это была не случайность, а что-то особенное, что наводило на мысль о каком-то особом

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

чрезвычайно важном тайном обществе. Таким образом, к 28-29 годам у А-ва были определенные бредовые идеи, которые начинали складываться в систему постепенно. Что послужило основанием к их формированию? Несомненно, это было связано с неправильной, односторонней оценкой получаемых впечатлений - наклонность, резко выражающаяся в создании сочинения «Таинственность», но были также и другие моменты. При расспросе он показал, что у него были по временам странные ощущения, например, чувство теплоты при прохождении мимо какого-либо здания. Иногда это были странные ощущения отяжеления некоторых членов, ощущения давления и др. Временами возникали слуховые ощущения в виде жжения в ушах. Все они являлись внезапно, без заметного повода, он их приписывал влиянию таинственной силы и еще более убеждался в наличии такой силы. Об этом ему говорило и наблюдение за другими людьми, которые вдруг начинали делать что-нибудь необыкновенное, как будто бы подчинялись чужой воле. При чтении газет и журналов он также отмечал в них намеки на наличие особого влияния «общества» на читателей. Наблюдая животных, он видел, как они могли останавливаться, даже падали «под действием направленной на них силы», ей подчинялись и неодушевленные предметы, например, он наблюдал, как цеп у Казанского вокзала в Петербурге качался без всякой видимой причины. Затем он стал видеть действие этой могущественной силы повсюду, что окончательно убеждало в ее наличии и требовало, по его мнению, какого-то противодействия. Такие мысли и появившиеся у него страхи разрастались, он начал понимать, что «тайные силы» действуют при помощи электричества, магнетизма, они способны вызывать вспышки различных заболеваний, таких как инфлуэнца и др. Он сделал заключение, что совершил великое открытие, разгадав тайну этих злых сил, узнал источник зла и несчастий людей. Появились мысли о том, что его подслушивают, таким образом, бредовые идеи постепенно развивались. В 31 год идеи о тайном обществе были уже вполне сложившимися, развивались также идеи преследования и величия, так что уже в 1890 г. бредовая система преобладала в мышлении больного, он всецело был поглощен своими «открытиями». К практической деятельности он стал уже неспособен. Наконец, в 1891 г. состояние его настолько ухудшилось, что возникла необходимость в госпитализации. Время он проводил в бесцельном блуждании по улицам, вел себя при этом очень странно, то шел очень быстро, то вдруг резко останавливался, круто разворачивался и шел назад. Видя распространение вокруг «тайной силы» и осознавая «с ясностью», что он сделал «важное открытие», он начал новый этап своей деятельности: стал подавать заявления в разные административные учреждения и различным высокопоставленным лицам. Одним из поводов к этому явилась однодневная перепись, производившаяся в Петербурге 8 апреля 1891 г. В связи с этим он пишет градоначальнику генералу Г. заявление, в котором сообщает, что «убедился, что необходимо затронуть официально некоторые обстоятельства, требующие насколько возможно осторожного проявления в интересах правительства по вопросу охраны и общественной безопасности, начиная с Величества и кончая ничтожеством». Далее, сделав намек на «существующий ужас», на «нестерпимое страдание личностей, терроризм, социализм, нигилизм и общее замешательство», он прибавляет: «Зло построено на законах магнетизма и электричества». К заявлению прилагается проект «формы статистики». Кроме этого заявления генералу Г., он подавал и многие другие. После того как А-в потребовал аудиенции у министра внутренних дел, градоначальник распорядился освидетельствовать его, что произошло 12 мая 1891 г. Было вынесено заключение о наличии бреда преследования и воздействия электричеством. Вынесено постановление о необходимости госпитализации А-ва в психиатрическую больницу, где он находился более 9 месяцев. В больнице был установлен диагноз хронической паранойи с наличием систематизированного бреда преследования и своего особого назначения. Находясь в больнице, А-в не переставал делать заявления аналогичного содержания, написал 2 письма генералу Г. В последнем письме он выражается так: «Моя задача

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

указать правительству тайную силу, ссылаясь на пословицу "Не лови вора, а ищи атамана", ждать более нельзя, я принужден наделать шуму (или издохнуть)». Это указывает на то, что в больнице бредовые идеи у него продолжали развиваться и уже вполне определилась формулируемая мысль, что тайная сила действует и на администрацию, что нужно прибегнуть к другим мерам, которые подействуют сильнее простых заявлений. 26 мая 1892 г. он утверждал, что «русское правительство находится в искусственных путах», «оно порабощено». Подобные заявления стали причиной его высылки из Петербурга. Затем он получил место в управлении Московской железной дороги и как будто на некоторое время успокоился. В дальнейшем он опять стал говорить «о силе магнетизма», был часто задумчив. В феврале 1893 г. он взял у Б. револьвер и купил к нему патроны. Снова стал писать письма градоначальнику. В разговоре с Б. 8 марта 1893 г. он говорил, что в России существует тайное общество, действующее при помощи тайных наук и электричества, о чем он заявлял и писал неоднократно, однако все осталось без внимания. Поэтому он решил, что «надо наделать шуму». А-в стал готовиться к покушению на генерал-губернатора именно с подобной целью, хотя лично против него ничего не имел.
Наконец, он решил сделать «выдающееся преступление» для того, чтобы «заострить внимание на его открытии заговора» и понудить правительство к всестороннему рассмотрению этого дела. 9 марта 1893 г. он совершил убийство генерал-губернатора Г. по мотиву, который можно считать бредовым, сформировавшимся на протяжении многих лет развития интерпретативного систематизированного бреда преследования, воздействия, а также бреда своего особого назначения.

С.С. Корсаков очень тщательно и детально проанализировал клинически данный случай и убедительно доказал возникновение бредового симптомокомплекса, который развивался по типу бреда толкования и стал побудительной причиной совершения преступления. Наблюдение за А-вым продолжалось в тюремной больнице с 11 марта по 11 апреля 1893 г., где тот с большой самоуверенностью продолжал говорить о своем «открытии». Известие о смерти градоначальника глубокого впечатления на него не произвело. Наряду с бредом у А-ва резко было заметно повышенное мнение о своих способностях, а также стремление к умствованию и резонерству. Рассудок его продолжал работать в полном объеме, но односторонне. Выводы, которые он делал, были неверны. Отмеченные особенности, по мнению С.С. Корсакова, свидетельствуют о наличии у данного больного систематизированного бреда, а заболевание в целом характеризуется им как хроническая паранойя.

Бред воздействия - составная часть общего синдрома воздействия, который известен под различными названиями: «синдром психического автоматизма» (Клерамбо Г., 1927), «чувство овладения» (Жане П., 1899), «синдром влияния» (Кронфельд А., 1928), «синдром внешнего воздействия» (Клод А., 1923). Первое четкое его описание дано В.Х. Кандинским (1890). В нашей стране по предложению А.А. Перельмана (1931) получил приоритет термин синдром Кандинского-Клерамбо, или синдром психического автоматизма. Генетически учение об этом синдроме, как считал В.А. Гиляровский, связывается с психическими галлюцинациями Ж. Байярже и так называемыми психомоторными галлюцинациями Ж. Сегла. В своих проявлениях данный синдром обнаруживает значительные вариации, чем и объясняется большое количество предложенных для него названий. Самое характерное, как это можно понять из несколько неопределенного описания самого Г. Клерамбо, заключается в сочетании своеобразных псевдогаллюцинаторных переживаний с пассивным отношением к ним, без стремления взять их под контроль, управлять ими. Именно это свойство и дает право обозначать синдром как душевный или психический автоматизм. В части случаев на первом плане стоит своеобразный поток мыслей (ментизм, идеорея, по Г. Кле-рамбо). Вначале это собственные мысли, которые

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

больной не может остановить, затем пациент начинает воспринимать такие мысли, как «чужие», «вложенные» ему кем-то посторонним, теперь они уже носят насильственный характер, соответственно у больного отмечается насильственное мышление. Иногда это как бы передразнивание больного, нередко своеобразное «эхо мыслей», повторяющее каждую мысль
пациента, иногда предвосхищающее эхо, извещающее о каждом поступке, движениях, или эхо, сопровождающее письмо больного, комментирующее его действия, иногда как бы «разматывание воспоминаний» или «выжимание мыслей». Основное при этом то, что собственные мысли представляются пациенту принадлежащими не ему, а какой-то другой, паразитарной личности. Подобный вид автоматизмов, связанных с особым мышлением, обозначается как «идеаторный», «ассоциативный автоматизм». На более поздних этапах развития болезни появляется, сменяя «ассоциативный» или «идеаторный» автоматизм, более сложный феномен - «моторный автоматизм», когда больные ощущают, что кто-то управляет их движениями, создает им новую походку и т.д. Заключительными признаками в этом ряду выступают явления «сенестопати-ческого автоматизма» - «сделанные» мучительные ощущения в различных частях тела. Сам Г. Клерамбо (1927) обозначал наличие автоматизмов термином «синдром S».

В соответствии с наличием подобного синдрома воздействия под бредом воздействия понимаются психопатологические явления, выражающиеся в следующих утверждениях больного: его мысли принадлежат не ему, они чужие, внушены или вложены кем-то другим, иногда его мысли как бы открыты и известны
другим («чувство внутренней рас-крытости», согласно В.Х. Кандинскому); действия больного исходят не от него, а от чужой воли, они также искусственно вызываются кем-либо или внушены ему; тело его и процессы, происходящие в нем, - объект физического воздействия других. Больные могут говорить также о внушенных чувствах, образах, желаниях. Вообще все ощущения и переживания больных (физические и психические) могут казаться не своими, а чужими, они являются результатом чужого насильственного психического или физического воздействия (феномен отчуждения).
Клинически можно различать бред психического и физического воздействия. Чаще всего при бреде психического воздействия больные говорят, что находятся под гипнозом какого-то лица или ряда лиц, которые подчиняют их своей воле, подчиняют их мысли или чувства, заставляют их делать или думать то, что хотят, против воли и желания самого больного. При бреде физического воздействия пациенты чаще всего говорят о различных физических воздействиях на их тело. Часто оба вида бреда воздействия сочетаются между собой, вследствие чего оправдан общий термин «бред воздействия». По сравнению с бредом преследования и отношения бред воздействия обладает одной своеобразной особенностью. Если при бреде преследования и отношения личность больного является предметом осуждения и гонения в пределах общечеловеческих отношений, то при бреде воздействия происходит необычное воздействие на тело больного (бред физического воздействия) или внедрение в самые интимные стороны его психики, личности: чувства, мысли, волю - посторонней воли и мыслей. При этом сам больной часто уже не только объект различных действий, он принуждается говорить, мыслить, чувствовать и действовать под чужим влиянием. Это свидетельствует о том, что основой бреда воздействия служат более глубокие нарушения личности. Для обозначения особого происхождения разного рода влияний и сил, действию которых подвергаются и для характеристики которых иногда не находят необходимых языковых выражений, пациенты нередко придумывают и изобретают новые термины, вводя в свою речь неологизмы; эти неологизмы специально ими изобретаются, иногда с использованием содержания слуховых галлюцинаций.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Так, один из больных В.Х. Кандинского находился под влиянием «токистов» (корпус тайных агентов), творивших над ним свои «упражнения» и входивших с ним в «токистическую связь». Один из больных В.П. Осипова находился под влиянием «гипна», который он строго отличал от гипноза. Другой больной, доказывавший свое «знатное» происхождение, называл собственных родителей «радетелями», желая этим обозначить, что это были только заботившиеся о нем с детства люди. Больной, обнаруживавший бредовую переоценку собственной личности, придумал для себя название «кутёк» - человек, облеченный государственной властью - «государственный кутёк». Термин «кутёк» он производил от латинского глагола «кватио» (трясу, ударяю, колеблю); «кутёк» - человек, облеченный чрезвычайными полномочиями, проживающий всюду по всей стране и заботящийся об охране страны от потрясений и колебаний. Таких «куть-ков» в России всего несколько человек; звание «кутька», по мнению больного, наследственное, отец его был «императорским кутьком».

Один из существенных вопросов в отношении бреда физического воздействия заключается в том, отражает ли бред истинные патологические ощущения или представляет собой только бредовые переживания. Многие считают, что при этом существуют галлюцинации общего чувства или парестезии. С.С. Корсаков с присущей ему проницательностью подчеркивал реальный характер этих ощущений. Л.М. Попов (1897) говорил об иллюзорных восприятиях, лежащих в основе таких бредовых идей. Французские психиатры при описании подобных случаев употребляют введенный Э. Дюпре и А. Камю (1907) термин «сенестопатии», считая их в отличие от бреда реальными ощущениями, аномалией общей чувствительности (синестезии). Вместе с тем они относят к сенестопати-ям и такие симптомы, как тоска, чувство пустоты и т.п., что делает понятие «сенестопатии» в подобном смысле несколько неопределенным. Существующее различие в понимании данного феномена связано с большим разнообразием переживаний самих больных. Большинство утверждений пациентов о физическом воздействии на них («вытягивают желудок», «электризуют половые органы», «чертят полосы на теле» и т.п.), которого на самом деле нет, являются ложными суждениями, не поддающимися коррекции, т.е. подпадают под категорию бреда, который обозначается как параноидный бред (параноидный синдром).

Парафренный бред. Этот тип бреда характеризуется рядом особых черт. У больных прежде всего отмечаются бредовые идеи величия, наличие постоянных конфабуляций, бредового фантазирования, ретроспективных интерпретаций. Подобного рода состояния возникают чаще всего после паранойяльного или параноидного (с бредом воздействия) этапов развития болезни. Весь бредовый синдром при этом трансформируется, принимая широкий размах (мегаломания) и фантастическую, необычайно неправдоподобную окраску в противоположность рассмотренным вариантам паранойяльного и параноидного бреда. В ряде случаев на фоне обычного развития бреда преследования и воздействия (параноидный синдром) может возникнуть внезапная вспышка пара-френного бреда. Иногда подобный бред развивается остро и внезапно вне связи с предшествующими этапами развития бреда. Приведем 2 клинических наблюдения шизофрении, описанных Е.Н. Каменевой (1957).

Больной Л., 30 лет. Первый приступ шизофрении перенес в 28 лет. При этом имели место слуховые галлюцинации угрожающего характера, идеи отношения и преследования. Затем поправился и работал. Через 2 года наступило обострение - стал снова замечать преследование, слышал голоса, которые то угрожали ему, то возвеличивали, говорили, что он «большой человек». Видел машины, троллейбусы, людей, которые провожали его как необычного, «большого человека». В больнице, куда он вскоре поступил, слышит голоса, замечает особое отношение к нему больных, воздействие на него, особую речь. Обычной речи в этом состоянии больной не понимает, чувствует какую-то рассеянность в мыслях. Замечает, что временами им овладе-

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

вает какое-то особое воображение «не по образованию» - как будто он гений, может перевернуть весь мир, он один будет существовать для всего мира и т.п. Говоря о своих переживаниях, он как будто понимает, что все это бессмысленно. Кажется, что за дверью над ним смеются. После лечения инсулиновыми комами бредовые идеи исчезли, пациент стал критичен к себе, выписан на работу.

Больная В., 33 года, инженер. Заболевание развилось 1 год назад. Стала хуже усваивать читаемое, была как во сне, ощущала на себе влияние какой-то силы, несколько месяцев тому назад, просыпаясь по ночам, ощущала себя «особенным человеком», большой актрисой, Богородицей или Орлеанской девой, что ей дано «большое предназначение». По утрам к этим мыслям относилась с критикой. Считала их результатом гипноза. Затем развился бред особой миссии.

Что касается структуры парафренного бреда, известна классификация Э. Крепелина, выделявшего систематизированную, конфабуляторную, экспансивную и фантастическую парафрению. На практике в каждом парафренном бредовом синдроме можно найти различные элементы параноидного синдрома.
Ипохондрический бред. Этот вид бреда выражается в убежденности больного, что он страдает тяжелой, часто, по его мнению, неизлечимой болезнью, от которой он может быстро умереть. Довольно часто у больных без достаточного повода, вопреки данным анализов, развивается убеждение в сифилитическом заражении, наличии признаков СПИДа, раковой опухоли, тяжелого заболевания сердца и сосудов (инфаркт, инсульт). Такие больные постоянно обследуются, но данные все новых и новых анализов не убеждают их в отсутствии болезни, они переходят из одной клиники в другую, часто прибегают к самолечению различными «нетрадиционными» методами или изобретают свою собственную систему оздоровления, которая поражает нелепостью, иногда грубостью и тяжестью «лечебных» процедур.

У большинства подобных больных отмечается тесная спаянность бредовых ипохондрических идей с особыми ощущениями в теле, которые они описывают примерно в следующих общих выражениях: «сохну», «тлею», «гнию», «весь организм атрофируется», «отмирает». Иногда описываемые изменения локализуются преимущественно в желудке, в других случаях - в печени или кишечнике, но все телесное расстройство, даже там, где оно зависит, в представлении больного, от одного какого-либо органа, является общим, «поражает все тело», вызывая в нем «злокачественные изменения», приводящие организм «к гибели». Характер телесных ощущений больные редко описывают ясно и точно. Иногда они говорят при этом, что испытывают во всем теле холод, слабость и др. Ощущение слабости у многих укрепляет убежденность в прогрессировании болезни и необратимом ее характере. Клиническое наблюдение такого рода приводит Э. Блейлер (1920).

Крестьянская девушка, очень дельная, по умственному и физическому развитию выше среднего уровня, по причинам внешнего свойства не получила должного образования. Отец и дед в течение длительного времени страдали «желудочными схватками». Больная была очень хорошей работницей, ей поручали трудные дела, а также счетоводство. Жила она у брата. Представлялись случаи выйти замуж, но она от этого систематически отказывалась: «трудно решиться, боюсь брака». Имела несколько близких подруг, даже в больнице она сочинила стихи «подруге», в которых проступал гомосексуальный элемент. Когда ей было 47 лет, умер брат. После этого стала чувствовать себя «переутомленной», жаловалась на желудок, должна была из-за этого бросить работу. Ходила от одного врача к другому, ей ставили всевозможные диагнозы: «вялость желудка и кишечника», «мембранозный колит», «желчная колика», «уплотнение печени», «подвижная почка», в дальнейшем находили истерию. Лекарства, которые она принимала, «стали для нее ядом», как она думала. Извела на всевозможные виды лечения (электризация, массажи и др.) все свое состояние, так что вынуждена была прибегнуть к благотворительности. В конце концов поступила в

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

психиатрическую клинику Э. Блейлера. Физически для своих 54 лет была очень крепка, имела цветущий вид. Жаловалась на вялость кишок, «застой всех секретов»: матка у нее увеличена, давит на кишки, содержимое которых уже гниет, боли у нее ужасные, клапанов сердца «совсем не стало» и т.п. Лечение игнорированием и отвлечением в течение 6 лет, которые она провела в клинике, дало тот результат, что она опять стала ежедневно работать и обычно не требовала никакого лечения. При этом она все же оговаривала, что врачи в ее болезни ничего не понимают. Стоит заговорить с ней о ее болезни, как она начинает жаловаться на свои страдания и выражает недовольство лечением. Однако тут же может перейти в дружески-эротическое настроение. Например, лежит полумертвая от боли, стоит ее пригласить танцевать, как будет плясать до упаду. Во время разговора о болезни у нее часто определенно параноидный взгляд и резко выраженный симптом Верагута. И тот и другой проходят от лечения. Один раз она уговорила Э. Блейлера дать ей слабительное, утверждая, что не имела стула. Несмотря на обильные ежедневные послабления, стояла на своем, немного похудела и жаловалась все это время как никогда. Однажды не вернулась с прогулки и осталась у родных. По мнению Э. Блейлера, случай отличается от истерии - полное равнодушие больной ко всему, что вне ее болезни, и даже к самой болезни, если не дать ей возможности говорить об этом. В отделении живет аутистически, ничем не выделяясь среди других больных шизофренией. Ее ипохондрические бредовые идеи слишком глупы для истерии.

Своеобразную разновидность ипохондрического бреда представляют больные с бредом «внутренней зоопатии» (Ж. Дюпре и А. Леви), при котором больной убежден в наличии в его теле какого-нибудь животного. Эти клинические картины, которые также описываются как бред одержимости, служат разновидностью общей формы ипохондрического бреда. В связи с наличием разнообразных ощущений такой вид бреда В.А. Гиляровский называет «катестезическим».

Ипохондрический бред был описан С.С. Корсаковым (1907) под названием «паранойя невралгика парестетика». Однако вопрос об ипохондрических бредовых расстройствах, как писал Д.Д. Федотов, разрабатывался русскими врачами и ранее, начиная с XVIII в./ (А.Т. Болотов, З.И. Кибальчич, П.П. Богородицкий).

Бред ревности. Данный вариант бредового расстройства относят к одному из видов бреда преследования и отношения. Иногда его называют бредом супружеской неверности. Основное недоверие к супруге (или к супругу), что выступает на передний план, обычно возникает на фоне бредовой настороженности, подозрительности. Поведение супруги якобы свидетельствует о ее «замешательстве» после позднего прихода с работы, что, «по-видимому», связано с задержкой на свидании. Больные начинают пристально следить за малейшими переменами в настроении и состоянии супруги, относя это к влиянию «любовника». Многие из таких пациентов начинают проверять личные вещи жены, интимные предметы туалета, выискивая различные «подозрительные пятна», «чужие запахи» и т.д. Они отмечают порой охлаждение супруги в отношении интимной близости, устраивают «разоблачительные» сцены, что, конечно, служит поводом для непонимания и раздоров. Постепенно система «доказательств» неверности жены (мужа) становится все более и более сложной, начинается «слежка», больные устраивают скандалы на работе у супруги (или супруга), обвиняя конкретных людей в связях с женой на основании вымышленных и нелепых фактов. В настоящее время такие пациенты прибегают к помощи частных сыскных агентств, вступают в конфликтные отношения с агентами, которые, по их мнению, специально затягивают дело, так как их «перекупили» и т.д. Поведение больных становится все более бредовым, нелепым, что со всей очевидностью свидетельствует о дальнейшем прогрессировании бреда. Иногда у них возникают подозрения в том, что жена (или муж) собирается их отравить, чтобы остаться с любовником (или любовницей),

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

завладеть имуществом. Диагностика такого бреда, особенно на ранних стадиях развития, бывает очень затруднительной.

«Любовный» бред очень близко стоит к бреду ревности. В центре его наблюдается переживание любви к определенному лицу с бредовой убежденностью во взаимности чувства. Г. Клерамбо описал подобный вид бреда как эротоманический (синдром Г. Клерамбо, 1925). В своем развитии этот бред проходит ряд стадий - оптимистическую, когда любовь становится доминантой и больной уверен во взаимности чувств, что наполняет его радостью и вдохновением, затем следует пессимистическая стадия, появляются отвращение, враждебность, необоснованные обвинения в адрес любимого и, наконец, стадия ненависти с угрозами в адрес еще недавно «любимого» человека: больные устраивают скандалы, пишут анонимные письма и т.д. Примером может служить следующее клиническое наблюдение.

Больная К., 46 лет. Ее отец в 60-летнем возрасте отравился, по характеру был властный, решительный. Матери больная не помнит. Сама пациентка с детства замкнутая, «прибитая», со склонностью к пессимизму, росла в тяжелых условиях. В школе подруг не имела, любила фантазировать, была религиозна. Имела хороший голос, «болезненно» любила пение, с напряжением ждала уроков пения. Уже в 1-м классе выступала на концертах. В 18 лет сорвала голос. Это подействовало тяжело, «готова была на все». После окончания школы на «отлично» училась на агрономическом факультете, который также закончила. Два года училась также в консерватории по классу вокала. Последние годы работала не по специальности. Месячные с 13 лет, в 18 лет вышла замуж. Семейная жизнь не удовлетворяла, к мужу была холодна, «не сошлись характерами»; половая жизнь ее тяготила. Имеет сына 19 лет, к которому очень привязана. В 38 лет переехала в Москву. Услышала вскоре по радио голос неизвестного певца Л., голос показался очень задушевным, глубоким, решила, что поет очень хороший человек. Того же мнения был и ее сын, учившийся тогда в драматической студии. Стала вместе с сыном посещать все концерты и оперы с участием этого певца, потом начала писать ему общего характера письма, 3 раза получала ответы. Стала считать его самым близким и родным человеком - «роднее мужа». Женщине казалось, что часто по вечерам он поет именно так, как она указывала ему в письмах; начала слышать его пение на работе, дома по ночам в постели, когда в действительности этого не могло быть никак. Около 1 года назад (до поступления в клинику им. П.Б. Ганнушкина) поняла, что любит его как мужчину, перестала жить с мужем. Появилась убежденность, что и он ее любит, хотя убеждала себя, что она немолода и неинтересна, но эти сомнения держались недолго. Перестала работать, так как была уверена, что он этого хочет. Полагала, что он руководит всеми ее поступками, что у нее не стало своей воли. В то же время казалось, что все знают о ее любви, намекают на это, смеются над ней, показывают на нее. Объективные сведения, со слов мужа, совпадают с сообщениями больной.

Интересный случай подобного рода с развитием любовного бреда приводит В. Маньян.

Больной, 32 лет, по профессии портной, во время отсутствия своей семьи стал часто посещать оперу. Однажды во время представления он замечает, что примадонна будто бы обращает на него особое внимание, певица то и дело бросает взгляды в его сторону. Он в волнении возвращается домой, проводит бессонную ночь и в следующие дни продолжает посещать театр, занимая там одно и то же место и все более убеждаясь, что он замечен примадонной. Она прижимает руки к сердцу и посылает ему воздушные поцелуи, улыбки и взгляды. Он отвечает ей тем же; она продолжает улыбаться. Наконец он узнает, что певица уезжает на гастроли в Гамбург. Он объясняет себе это желанием увлечь его за собой, «но, - говорит он, - я устоял и не поехал». Она снова возвращается в Париж и держит себя в театре по-прежнему. Затем она опять уезжает в Ниццу. На этот раз колебаться нечего - он

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

следует за ней. Немедленно по прибытии он отправляется к ней на квартиру, где его встречает мать актрисы, объясняющая, что дочь никого не принимает. Сконфуженный, он бормочет несколько слов в извинение и через неделю возвращается домой, огорченный и опасающийся, не скомпрометировал ли он влюбленную в него певицу. Вскоре после того она возвращается в Париж раньше, чем было объявлено в афишах, он понял: она поторопилась с возвращением потому, что стосковалась о нем. Словом, больной толкует таким образом все поступки певицы. Он снова посещает оперу и более чем когда-нибудь убеждается в любви примадонны к нему. В окне картинного магазина ему попадается ее портрет в роли Миньоны, на котором она изображена плачущей. Кто же причина ее слез, если не он? Он поджидает ее при выходе из театра или около ее квартиры, чтобы видеть ее, когда она выходит из кареты, или, по крайней мере, видеть ее тень на занавесках ее окна. По приезде его семьи ему приходится пропустить 2 спектакля; являясь на 3-й, он читает, что любимая певица петь не может по нездоровью. Понятно: она не в состоянии продолжать, потому что не видела его на 2 представлениях. На следующий день он снова идет в театр; она поет еще более обворожительная, еще более влюбленная в него, чем прежде. «Ясно, - говорит он, - она не может более обходиться без меня». По окончании спектакля он бежит к ее подъезду. Как только экипаж подан, он бросается к нему, чтобы передать письмо, но полицейский останавливает его, арестовывает, и при обыске у него находят заряженный револьвер. Он объясняет с очевидной искренностью, что револьвер нужен ему потому, что приходится поздно возвращаться из театра, и с негодованием отвергает обвинение в покушении на убийство, рассказывая очень подробно все происшедшее, и оканчивает уверением, что певица страстно влюблена в него. На другой день он препровожден в больницу.

Бред иного происхождения (высокого происхождения) сопоставим с бредом величия. У больных, ранее обнаруживавших признаки бреда отношения, преследования, в дальнейшем может происходить усложнение фабулы с возникновением убежденности в «особенности» своей личности, необычайных способностях, гениальности, чрезвычайной роли в истории и неограниченных возможностях, что позволяет им править страной, миром, становиться царем, богом и т.д. Обратимся к клиническому наблюдению бреда высокого происхождения.
Больной К., 37 лет, в течение 2 лет находился в больнице им. Кащенко. Наследственность без патологии. В детстве был тихим, вялым, но не вспыльчивым, окончил 6 классов при средних способностях, но очень любил читать книги разной тематики, больше всего по истории. Интересовался войнами, любил фантазировать. Считал, что родители хуже относятся к нему, чем к другим детям, все делают как будто «нарочно», считают его дураком, унижают. Уходил в себя, сделался застенчивым, неразговорчивым, перестал любить людей, мечтал отличиться на войне, служить при дворе, интересовался жизнью царя и его любовницами. Часто воображал себя героем прочитанных книг. Иногда уже тогда высказывал предположение, что он не сын своего официального отца, так как не похож на него, у него «аристократические склонности», а родители относятся к нему не так, как если бы он был родным сыном. Настроение было грустным, периодически наступала апатия, не хотелось выходить из дома, видеть людей, но периодически испытывал прилив энергии. С 25-летнего возраста стал религиозным, думал уйти в монастырь, подальше от людей. В то же время любил «сильные ощущения». Точные события жизни больного установить трудно, так как он привносит в анамнез бредовые измышления: много странствовал, менял места. По его словам, служил в Уссурийской республике, жил в квартире директора вместе с женой, на которой женился совсем недавно. Вскоре стал замечать, что директор ухаживает за его женой, слышал, как они «перешептываются», ходят с «распухшими от поцелуев губами». По настоянию больного он с женой уехал в Москву. По дороге стал слышать какие-то странные разговоры, смех, замечал перемигивания пассажиров. Окружающие делали особые

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

знаки, смеялись над ним, говорили, что его жена ведет себя безобразно, один пассажир сказал, что к ней «стоит вереница мужчин». Сошел с поезда, но там весь город стал «ходить» за женой. Больной возмущался, ругал жену. В конце концов был помещен в психиатрическую больницу, где провел месяц. После этого «начались издевательства». Делали специально так, чтобы он ничего не мог купить. Везде специально устраивали очереди. Чего бы он ни спрашивал в магазине или столовой, этого никогда не оказывалось. Уехал в Москву к сестре, которая и поместила его в клинику. В больнице все казалось странным, непонятным, велись непонятные разговоры. Постепенно, «суммируя все и размышляя», пришел к выводу, что «заточен в больницу как царский сын», что отцом его является Николай II, а матерью баронесса фон Г., «его любовница». Женой больного, как он «понял», была фрейлина Николая II, которая скрывалась под вымышленной фамилией. Вскоре ему стало понятно, что слова «отдай 4 копейки», которые он слышал в больнице, означают «отдай 4 венца», и это опять подтверждает его мысль о том, что он царский сын. Больной «узнал тайну своего рождения» также и от Бога. Доказательством этого является слово «Небо», которое составлено из первых букв следующей фразы: «Николай есть Бог-отец». Он стал думать об этом и пришел к убеждению, что если один из царей Бог-отец, то кто-нибудь из предков или потомков такого государя должен быть Богом-сыном или Богом-духом святым. Николай I был Богом-отцом, его преемник Александр (по убеждению больного) был Богом-сыном, Николай II снова Бог-отец, больной, которого зовут Александр, является его сыном. В прошлом он был на земле в лице Александра I, после его смерти управлял Вселенной на небе, пока не пришла очередь снова родиться и управлять землей.

Больным себя не считает, ни на что не жалуется, по собственной инициативе в беседу не вступает. Говорит, что чувствует себя хорошо. Высказывает бредовые идеи с характером величия и преследования, описанные ранее. Считает себя царским сыном и вместе с тем сыном Божьим, Мессией. Он может спасти и уничтожить мир. После его смерти вместо солнца будет висеть красный фонарь и тогда перестанут говорить «белый свет», а будут говорить «красный свет». Галлюцинации отрицает, но сообщает, что по «невидимому телефону» грозят убить его «крысами». Бред больного носит стойкий характер, не поддается коррекции, не редуцируется под воздействием лекарственных средств.

Как видно из истории болезни, дебют заболевания приходится на юношеский возраст, экзацербация началась в возрасте 36 лет с проявления бреда отношения и бреда ревности. В дальнейшем складывается бредовая система с бредом величия (бред высокого происхождения), опирающаяся на иносказательное понимание обычных обыденных слов, явлений и фактов при формально-словесном их сопоставлении и наличии ложных воспоминаний, относящихся к юности.

В некоторых случаях бред преследования в той или иной форме комбинируется с бредом самообвинения, самоуничижения, при этом большей частью преобладает тоскливое настроение. Больным кажется, что они очень дурные, ничтожные люди, их жизнь состояла из ошибок, они привели на край гибели себя и своих близких, заслужили всеобщее презрение и достойны смерти. У некоторых больных преобладают идеи греховности. Иногда идеи уничижения, обнищания распространяются и на все окружающее: все погибло, разрушено, ничего нет (нигилистический бред, бред отрицания, синдром Котара).
В случае бреда богатства больные говорят о своих необыкновенных заработках, миллионах и даже миллиардах, о большом количестве золота, драгоценных камней, которые им принадлежат. У них бесчисленное количество магазинов, различных предприятий, торговых и промышленных.

Они «имеют» огромное количество ценных бумаг, им «принадлежат» крупные банки, компании, синдикаты. Они заключают немыслимые по выгоде сделки с самыми

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

крупными «воротилами» бизнеса, скупают в огромных количествах разнообразную недвижимость, у них работают тысячи рабочих и служащих, им все завидуют, ими восхищаются; они - наследники крупных капиталов и т.д. Иногда на первый план выступает фантастическая переоценка своей физической силы, здоровья; больные заявляют, что могут поднимать невероятные тяжести, что будут жить сотни лет, в состоянии оплодотворить огромное количество женщин, у них десятки и сотни детей.

Бред открытий и изобретений (реформаторский бред). Чаще всего он включается в сложную клиническую картину с большим количеством разнообразных симптомов, но иногда выдвигается на первый план и составляет особую самостоятельную форму. Больные утверждают, что они изобретатели совершенно новых, невероятных машин и приборов, им доступен «секрет вечного двигателя», который разработан в особой, часто причудливой форме. Они знают секрет бессмертия, изобрели особые, уникальные химические составы, мази, растворы. Они могут заменять кровь новыми, только им известными веществами, полученными в результате опытов на животных, птицах и т.д. Многие из больных «владеют» секретами улучшения человека путем особого воздействия электричеством, магнитом, гипнозом. Эти «открытия» и «изобретения» больные чрезвычайно настойчиво, не считаясь ни с чем, пытаются внедрить в производство, добиваются патентов на свои открытия, ведут борьбу против специалистов и чиновников, закрывающих им путь к реализации реформаторских идей.
В развитии бредовых расстройств имеется достаточно характерная динамика, заключающаяся в усложнении бреда, постепенном перерастании, например, идей отношения, преследования, которые принимают систематический паранойяльный характер, в более масштабный бред с включением идей воздействия и психических автоматизмов - идеатор-ных, моторных, сенестопатических, псевдогаллюцинаторных расстройств - все это образует параноидный бред, или параноидный синдром. На более поздних, заключительных, этапах развития бреда формируется парафренный бред, в центре которого - идеи преследования, отношения, воздействия, а также бредовая оценка собственной личности с перевоплощением в великих людей, божественных служителей, самого Бога, царя, владыку мира, всей Вселенной при наличии горделивого настроения, утраты критического осмысления происходящего вокруг, грубого нарушения поведения. Как уже отмечалось, Э. Крепелин выделял следующие варианты парафрении: систематизированная, фантастическая, экспансивная и конфабуляторная. В ряде случаев все эти компоненты сочетаются в различных пропорциях в структуре парафренного бреда, который чрезвычайно ярок, выразителен и крайне нелеп.

Наличие бредовых идей - несомненный признак психического расстройства, психоза. Очень часто бредовые идеи занимают центральное место в психике больных, определяя так называемое бредовое поведение. При этом больные, спасаясь от преследователей, часто переезжают с места на место («бредовые мигранты»), в других случаях они сами начинают преследовать своих преследователей («преследуемые преследователи»). Больные могут диссимулировать свои бредовые идеи, в особенности при высоком интеллекте, что делает таких людей опасными для окружающих, особенно для тех, кто «вплетается в структуру бреда». Отмечаются и случаи «индуцированного бреда» в пределах одной семьи, где имеются «индуктор» бреда и внушаемые «реципиенты» (дочь, сын, брат). Довольно часто бредовые симптомы сочетаются с галлюцинациями, тогда речь идет о галлюцинаторно-параноидном синдроме.
Чувственный (образный) бред - это вторичный бред. В отличие от интерпретативного бреда он развивается как более сложный симптомо-комплекс, в структуре которого значительное место занимают аффективные, галлюцинаторные расстройства. Этот вид бреда принимает наглядно-образный характер. У больного нет последовательно развивающейся системы бредовых доказательств и интерпретаций. В структуре и

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

содержании бреда преобладают образные представления, соответствующие доминирующему аффекту - депрессии или мании.

На ранних этапах развития чувственного бреда во многих случаях возникают состояния с подавленностью, тревогой неопределенного характера, предчувствием чего-то угрожающего, непредсказуемого, опасного. Это определяется как «бредовое настроение». В дальнейшем появляются признаки растерянности с аффектом недоумения, больные не понимают, что вокруг них происходит, при этом обнаруживается либо двигательное беспокойство, либо заторможенность, вопросительный характер речи: «Где я?», «Кто это?», «Почему это?» и т.п. Окружающих их незнакомых людей больные принимают за родных и знакомых (симптом положительного двойника) и, наоборот, - знакомых и близких принимают за незнакомых (симптом отрицательного двойника, симптом Капгра). Образы знакомых и незнакомых людей могут часто меняться в короткие промежутки времени (симптом Фреголи). В дальнейшем развивается бред инсценировки, интерметаморфозы, когда больные «видят», что на их глазах «разыгрывается какой-то спектакль», окружающее наполняется каким-то особым смыслом, принимает характер «особого значения».

Бред все более принимает характер наглядности, в нем преобладают чувственность, образные представления, воображения, грезы и фантазии. Бредовые представления при этом часто становятся фрагментарными, в отличие от первичного бреда нет активной переработки фабулы бредового содержания, при наплыве бредовых переживаний в сознании мелькают различные образы (Снежневский А.В., 1983). Часто содержанием бредовых фантазий служат события глобального масштаба, борьба двух противоположных лагерей, сил, партий. Подобные картины чувственного бреда называют антагонистическим или манихейским бредом (Маньян В., 1897). Такое обозначение обусловлено существующим религиозно-философским учением манихеизма, манихейства, в соответствии с которым в мире постоянно идет борьба противоположных начал: света и тьмы, добра и зла и т.д. При развитии манихейского бреда часто наблюдается экстатический оттенок настроения. В отдельных случаях больные утверждают, что им уготовано бессмертие, они существуют уже тысячи лет, что характеризует экспансивный чувственный бред. К чувственному бреду фантастического содержания относят бред метаморфозы, превращения в другое существо (ликантропия - бред превращения в волка, которая встречается в отдельных случаях и в настоящее время), бред одержимости (вселение другого существа, бесов, что тоже стало встречаться в содержании бреда в наши дни), бред воздействия.

Разновидностью образного чувственного бреда служит также аффективный бред, возникающий всегда вместе с эмоциональными расстройствами (депрессивным, маниакальным аффектом). При депрессивном аффекте наблюдается бред самообвинения, греховности, осуждения, гибели («бред жизни»).

Один из больных утверждал, что он уже не живет, у него не работает сердце, оно остановилось, хотя объективные данные не подтверждали болезнь сердца. Однако в один из дней врач, уходящий с работы, услышал крики о помощи других больных. Вернувшись в палату, он застал описанного больного мертвым. Вызванная бригада реанимации констатировала смерть, причем, когда реаниматолог узнал о высказываниях больного, то заявил, что спасти его было невозможно. Некоторые больные заявляют, что у них сгнили все внутренности, не работает печень, легкие, за свои «преступления» они будут мучиться сотни лет *(бред громадности, бред Котара).* При маниакальном аффекте возникают бредовые идеи величия (идеи собственной значительности, превосходства, исключительной одаренности, необычайной физической силы и т.п.).
Клиническим примером развития аффективно-бредовых расстройств при шизофрении (маниакально-бредовых и депрессивно-параноидных) может служить

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

наблюдение, которое привел Б.Д. Цыганков (1979) при изучении метода одномоментной отмены препаратов для лечения труд-нокурабельных форм болезни.

Больной С.И., 1940 г. рождения. История болезни № 5907. Родился в сельской местности в многодетной семье рабочих. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать и отец по характеру добрые, веселые, общительные, любящие детей люди. Родился в срок от нормально протекающей беременности, роды без осложнений. В дошкольные годы воспитывался вместе с братом и сестрами. Атмосфера в семье была дружная. Перенес рахит в возрасте 1 года, воспаление легких, детские инфекции без осложнений. Во время Великой Отечественной войны вся семья была в окружении, голодала. В развитии от сверстников не отставал. По характеру был ласковый, общительный, послушный. В 1947 г. семья переехала в Москву, в этом же году в возрасте 7 лет больной пошел в школу. До 4-го класса больной учился на «отлично», добросовестно готовился к занятиям. Большую часть времени проводил дома. По характеру был тихий, малообщительный, смущался в новой обстановке среди малознакомых людей. Начиная с 5-го класса начал изменяться по характеру, стал более общительным, появилось много друзей; пользуясь тем, что родители из-за своей занятости не могли уделять ему достаточно внимания, время проводил вне дома. Часто стал прогуливать занятия, на уроках был дерзок с учителями, нарушал дисциплину. С родителями оставался сдержанным, послушным, старался всегда оправдаться перед ними. Классы не дублировал. В школьные годы часто болел ангиной, в 14-летнем возрасте перенес операцию тонзилл-эктомию. В 7-8-м классе увлекся спортом, имел спортивные разряды. После окончания 8 классов в 1956 г. в возрасте 15 лет по настоянию родственников-медиков поступил в медицинское училище. Программу усваивал легко, быстро подружился с товарищами по группе, однако интереса к учебе не испытывал, больше тянуло к технике, в свободное время помогал знакомым в ремонте автомобилей. На занятиях по анатомии испытывал отвращение, чувство брезгливости. Некоторое время мясная пища ассоциировалась с трупами, в связи с чем не ел ее. После полугода учебы прекратил посещать занятия в училище. Связался с ребятами, которые, как и он, нигде не работали и не учились. Вместе с ними спекулировал пластинками, на вырученные деньги выпивал, дома не ночевал. Легко вступал в связь с малознакомыми женщинами. Настроение было несколько повышенным, все казалось в радужном свете. Почти не обращал внимания на переживания родителей. Несколько раз задерживался милицией. Только под угрозой выселения из Москвы прекратил общаться с компанией спекулянтов и, опять-таки по настоянию родных, поступил в электромеханический техникум на вечерний факультет и одновременно учеником слесаря на «Автосервис». Настроение было ровным, тем не менее желания учиться в техникуме не было, почти не посещал занятий. Работал с тем же интересом, вместе с сослуживцами стал почти ежедневно выпивать до 700 мл водки, алкоголь переносил легко, тяжелых форм опьянения не было. В состоянии опьянения оставался спокойным, старался держаться так, чтобы это не было заметно для окружающих. По утрам никогда не опохмелялся. По характеру оставался общительным, время любил проводить в кругу друзей, легко находил контакт с людьми.

В 1958 г. (18 лет) самовольно в состоянии опьянения поехал на машине начальника в магазин за водкой, после чего был уволен, сожаления не испытывал.

В течение 1 года работал на станции «Скорой помощи» автослесарем, а в 1959 г. в возрасте 18 лет был призван в СА. Учился в полковой школе по подготовке командиров. В армии быстро освоился. Нашел контакт с товарищами и командирами, однако повышенная служебная нагрузка ему не нравилась, искал «легкую работу». После 7 мес службы, находясь в увольнении, решил остаться у знакомой женщины до 3 сут, так как знал, что по военному законодательству за это серьезного наказания

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

быть не может. После возвращения в часть был наказан: помещен на гауптвахту на 25 сут и переведен в караульную роту той же части. Служить стало легче, так как не было такой нагрузки и контроля, как в полковой школе. Почти через день ходил в «самоволки» и выпивал, однако все тщательно продумывал и взысканий больше не имел.
На 3-м году службы появились бессонница, головная боль, обратился в санчасть и был переведен в госпиталь г. Хлебниково. С диагнозом нейродистрофии по гипертоническому типу был комиссован из армии. После возвращения домой работал автослесарем, а затем после окончания автокурсов - шофером такси. Продолжал выпивать, часто встречался с друзьями детства. В 1967 г. в возрасте 27 лет в состоянии опьянения ограбил пьяного пассажира, с которым вместе выпивал в такси. Раскаяния не испытывал. Думал, что его не смогут найти, однако через 2,5 мес был найден и осужден на 5 лет строгого режима. Наказание отбывал в Тульской области. В лагере быстро установил контакт с заключенными и администрацией, со многими подружился. Занимался общественной работой, был редактором местной газеты. Летом 1970 г. в возрасте 30 лет остро, в течение 1 дня возникло состояние, когда стало казаться, что наделен особыми способностями влиять на людей, читать их мысли; настроение было повышенным, был деятельным, отдавал различные приказания окружающим, во все вмешивался, ощущал, что от солнца к нему поступает энергия, дающая силу влиять на людей. Для получения «солнечного заряда» часто выходил из помещения, смотрел на солнце. Появились голоса мужские внутри головы, которые хвалили его, называли великим, могущественным человеком, руководили его действиями. В таком состоянии был помещен в изолятор, ночь не спал, а утром появилось ощущение, что летит на космическом корабле, видел с высоты полета Землю, а в дальнейшем - почести, оказываемые ему на Земле. Затем, через день, состояние сменилось ощущением, что он Рихард Зорге и находится в плену у японцев, что его ожидают пытки и смерть, в отражении света на решетках видел цифровой код, считал, что это ему передает информацию своя разведка, сообщая, как нужно себя вести. При этом настроение сменилось пониженным, с чувством страха и тревоги. Все окружающие казались врагами, замечал враждебное отношение по их жестам и взглядам.

После судебно-психиатрической экспертизы от 29.04.1970 был направлен на лечение в Рыбинскую специальную психиатрическую больницу. Находился там в течение 4 мес. Лечился аминазином, доз не помнит. В результате лечения поведение стало упорядоченным, стал тяготиться пребыванием в больнице, был ориентирован, с формальной критикой относился к своей болезни, настроение, однако, оставалось сниженным, было ощущение, что «мыслей в голове стало мало», что «трудно соображать», оставались голоса внутри головы комментирующего, иногда осуждающего характера, однако их стало меньше и они не так явственно звучали.

23 декабря был выписан из больницы обратно в лагерь, однако в поезде по дороге усилились голоса, которые осуждали больного, руководили им, под влиянием голосов отказывался от пищи, чистил отхожие места. По выражению лиц людей, по их поведению считал, что сейчас идет война, винил себя за военные поражения, считал, что совершил массу преступлений, которые еще не раскрыты и за которые надо понести наказание. Настроение было подавленным. Сразу же с поезда был помещен в санчасть лагеря, где находился в течение 3 мес, чем лечился, не знает. Приехавших к нему на свидание родственников принимал за переодетых врагов, а предлагаемую ему пищу считал отравленной. Под влиянием «голосов» совершил суицидальную попытку: прыгнул со второго яруса кроватей головой вниз на цементный пол. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было, рассек только мягкие ткани черепа. После этого был вновь помещен в Рыбинскую психиатрическую больницу, где снова лечился аминазином в течение 2 мес, состояние почти не изменялось, отмечался побочный нейролептический эффект (неусидчивость,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

скованность, подергивание в конечностях). Был освобожден от наказания и переведен в 15-ю психиатрическую больницу Москвы для дальнейшего лечения. В течение 1,5 мес - с 8 мая по 26 июня 1971 г. - лечился трифтазином 45 мг, тизерцином 75 мг, ромпаркином 18 мг, аминазином 75 мг внутримышечно. В процессе терапии сменилось настроение на несколько повышенное, однако продолжал слышать голоса «внутри головы», хотя содержание их сменилось на поощряющее, хвалебное. После выписки перестал приходить домой, время проводил в выпивках со старшими друзьями, иногда со случайными людьми, с которыми легко заводил знакомство, вступал в связь с малознакомыми женщинами, настроение было хорошим. Назначенных поддерживающих лекарств не принимал. Через 1 мес настроение резко изменилось на пониженное, обвинял себя в прошлых преступлениях, считал, что его должны снова забрать в лагерь, что его ждет наказание, не выходил из дома, ждал, когда за ним придут. Под влиянием «голосов», которые убеждали, что еда отравлена, отказывался от пищи. Лечился амбулаторно гипнозом и какими-то инъекциями, таблетками (французскими), названия не знает. Состояние несколько улучшилось, однако через 1 мес для завершения лечения был помещен в 12-ю психиатрическую больницу, где в течение 2 мес (с ноября 1971 по январь 1972 г.) лечился витаминотерапией, физиотерапией, гипнозом. Постепенно психопатологическая симптоматика в значительной мере редуцировалась, с частичной критикой стал относиться к своему заболеванию, настроение сменилось на повышенное, тематика «голосов» изменилась на ободряющую, восхваляющую, при этом появились реальные трудовые установки.

В январе 1972 г. устроился на работу в Институт скорой помощи им. Склифосовского слесарем, а затем перешел в шоферы. Настроение оставалось несколько повышенным, легко справлялся с работой, легко вступал в контакт с окружающими. Иногда под влиянием голосов ощущал себя могущественным, великим человеком, замечал, что ему все машины уступают дорогу. Через 4 мес после выписки из больницы, в апреле 1972 г., после конфликта на работе изменились настроение и содержание «голосов». Винил себя за совершенные преступления, считал недостойным хорошего к себе отношения. Сам обратился в милицию с просьбой о наказании и был помещен в 15-ю психиатрическую больницу. В течение 2 мес - с 05.05.1972 по 01.07.1972 - лечился тизерцином 100 мг, трип-тизолом 250 мг, галоперидолом 15 мг, френолоном 20 мг, элениумом 30 мг, ромпаркином 20 мг. Отделение принимал за тюрьму, отказывался от еды, был заторможен, считал себя никчемным человеком, преступником. Через 1 мес лечения значительно редуцировалась психопатологическая симптоматика, однако оставался вялым, быстро утомлялся, сон был нарушен, аппетит снижен, оставались голоса. Была оформлена III группа инвалидности. С работой справлялся с трудом. Лекарств не принимал. Сошелся с женщиной (душевнобольной), к которой относится холодно, брак не регистрирует, однако не расстается, так как она его принимает, заботится о нем. С родителями и сестрами поддерживает всегда очень теплые отношения, не потерял контакта с прежними друзьями. Через 4 мес после последней выписки (с 04.12.1972 по 04.01.1973 в течение 1 мес) вновь госпитализирован в 15-ю психиатрическую больницу. Данное обострение и последующие по своему состоянию повторяли предыдущий приступ. Лечился инсулином до гипогликемических доз, тизерцином 75 мг, триптизолом 250 мг, галоперидолом 15 мг, френолоном. Как и при предыдущей терапии, рано возникал побочный нейролептический эффект. Выписывался с улучшением, однако оставались бессонница (засыпал с приемом снотворных), голоса, иногда при закрытых глазах казалось, как кто-то показывал картинки. Настроение оставалось сниженным, лекарств не принимал. Вернулся к прежней работе, с работой справлялся.

С сентября 1973 г. (через 8 мес после последней выписки из больницы) состояние вновь ухудшилось, лечился амбулаторно, с 26 декабря 1973 г. по 1 марта 1974 г. - в

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

психиатрической больнице № 4 им. Ганнушкина. Принимал мажептил 20 мг, амитриптилин 100 мг, тизерцин 100 мг, френо-лон 10 мг, корректоры. В процессе терапии состояние значительно улучшилось, аффект сменился на повышенный; больной стал деятельней, живей, однако оставались голоса и нарушение сна. Лекарств не принимал. Уволился с прежней работы, совершил турпоездку по Средней Азии с женой, с 5 мая поступил на работу автослесарем на ВДНХ. Работал успешно, но после неприятностей на работе настроение вновь сменилось на пониженное и с аналогичной симптоматикой, что и при последнем обострении, госпитализирован в больницу им. Ганнушкина через 5,5 мес после последней выписки. Лечился в течение 2 мес (с 10 июля по 11 сентября 1974 г.) трифтазином 40 мг, френолоном 15 мг, тизерцином 15 мг, циклодолом 12 мг, модитеном-депо 25 мг внутримышечно. Выписан со значительной редукцией психопатологической симптоматики, с трудовыми уста новками.

На этот раз регулярно получал модитен-депо по 25 мг 1 раз в 20 дней, однако оставался вялым, настроение было сниженным, голоса не проходили. Работа не ладилась, и больной уволился. Поступил слесарем на киностудию им. Горького, однако и там с трудом справлялся с работой. Состояние ухудшилось в феврале 1975 г., и с 14 февраля по 21 апреля 1975 г., через 5 мес после последней выписки, вновь госпитализирован в больницу им. Ганнушкина. Лечился трифтазином 20 мг внутримышечно, тизерцином 50 мг внутримышечно, барбамилом 0,6 мг на ночь. После выписки работал на прежнем месте, настроение было ровным, старался не обращать внимания на имеющиеся голоса, которые часто носили комментирующий характер. Лекарств не принимал. Обострение наступило через 6 мес после выписки. С 6 ноября 1975 г. по 12 января 1976 г. лечился в психиатрической больнице им. Ганнушкина галоперидолом 15 мг, трифтазином 30 мг, френолоном 10 мг, амитриптилином 150 мг. Выписан с улучшением, но оставались плохой сон, ощущение, что мыслей в голове мало, голова «как пустая»; был неусидчив, испытывал скованность, оставались и голоса. Перешел на работу слесарем на копировальную фабрику. С работой справлялся, с сослуживцами нашел общий язык, хорошо ладил, дома были хорошие отношения с женой, несмотря на то что часто употреблял алкоголь. В марте и начале мая были недельные обострения, которые сами обходились. В момент обострения усиливались голоса, идеи самообвинения. С июня 1976 г. состояние резко ухудшилось, с 14 июля 1976 г. вновь лечился в психиатрической больнице № 4 им. Ганнушкина мажептилом 30 мг, галоперидолом 45 мг, трифтазином 60 мг, амитриптилином 200 мг, мелипрамином 100 мг, циклодолом 24 мг, одномоментной отменой психотропных средств, в результате которой произошла инверсия аффекта на повышенный. В течение первых 5 дней в отделении пел песни, вмешивался в дела персонала и больных, в дальнейшем настроение выровнялось, требовал выписки, хотя голоса оставались. После выписки через 3 дня с резким обострением был вновь госпитализирован в нашу больницу, где находился с 17 июля по 17 августа 1976 г. После 20 дней терапии трифтазином до 90 мг, амитриптилином до 300 мг, циклодолом 20 мг была проведена повторная отмена препаратов, в результате которой на 4-й день значительно редуцировалась психопатологическая симптоматика, требовал выписки, с формальной критикой относился к перенесенному состоянию, высказывал трудовые установки, хотя голоса оставались, от поддерживающей терапии отказывался. Был выписан на 12-й день отмены препаратов на поддерживающую терапию модитен-депо по 25 мг 1 раз в 20 дней. После выписки вернулся к работе, настроение было несколько повышенным, голоса внутри головы говорили, что сейчас «коммунизм, все в магазинах бесплатно», под их влиянием взял в ГУМе понравившуюся ему рубашку, не расплатившись. Такое состояние длилось около 2 нед и сменилось вновь пониженным настроением, обвинял себя в различных преступлениях, стал злобным по отношению к окружающим, не выходил из комнат, отказывался от еды.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

16 сентября 1976 г. был вновь госпитализирован в клинику психофармакологии Московского НИИ психиатрии. История болезни № 9312. Психический статус при поступлении. Неохотно пошел на беседу. Лицо мрачное, гипомимичное, движения замедленные. На вопросы отвечал после длительной паузы, не всегда сразу понимал, о чем спрашивают. Ответы краткие, уклончивые. После целенаправленного расспроса удалось выяснить, что его «проверяют». Считал, что его окружают переодетые люди, а не больные. Заявлял, что его «лишили воли», «превратили в животное». Внутри головы слышал незнакомые мужские голоса, которые говорили ему чаще неприятные, но иногда и лестные вещи. Настроение было плохое, испытывал тоску и тревогу, вместе с тем свое состояние расценивал как «нормальное». Рассказал, что в течение длительного времени замечал «особое», осуждающее, презрительное и враждебное отношение к себе людей. Винил себя за прошлую жизнь, считал себя ненужным, вредным для общества человеком. При попытке более длительного расспроса озлоблялся или замолкал. В отделении держался обособленно, пассивно подчинялся режиму, подозрительно относился к окружающим.
С 26 октября была начата терапия введением галоперидола сразу с 30 мг внутримышечно, отказался от приема лекарств, так как считал себя здоровым, был подозрителен и злобен в отношении врача и персонала. Через 2 дня терапии появился побочный эффект в виде неусидчивости, непоседливости. Учитывая это, был присоединен циклодол. Спустя 5 дней от начала терапии дозы препаратов были увеличены до 45 мг галоперидола и 30 мг циклодола, побочный нейролептический эффект усиливался (отмечался симптом «зубчатого колеса», непоседливость - больной находился в постоянном движении). Был злобен, напряжен, требовал, чтобы его отпустили домой, выкрикивал, что его здесь травят газами, так как задыхается (запаха газа не ощущал). Считал, что находится в плену, в тюрьме у белогвардейцев, что его ждет казнь. Слышал голоса внутри головы, которые грозили и предвещали скорую смерть.

На 17-й день от начала терапии препараты были одномоментно отменены, был назначен лазикс по 40 мг внутримышечно 2 раза в день с интервалом 1,5 ч и обильное питье. В течение 2 дней оставался возбужденным, злобным, беспрерывно ходил по палате, топтался на месте, выкрикивал стереотипно одни и те же фразы. Заявлял, что он «собака», и все его таким считают. Находясь в постели, беспрерывно перебирал ногами, просил помочь ему успокоиться. На 3-й день отмены психотропных средств проводилось внутривенное капельное введение 40 мг лазикса на 300 мл изотонического раствора. На 4-й день состояние резко улучшилось, уменьшились неусидчивость и повышение мышечного тонуса. Понял, что был болен, что все казалось. Заявил, что впервые за многие годы полностью прошли голоса внутри головы, подробно давал анамнестические сведения, рассказал, что при прежних госпитализациях диссимулировал свое состояние с целью выписки несмотря на то, что голоса оставались. Благодарил врача за проведенное лечение. В дальнейшем до 10-го дня после отмены вводился лазикс в/м, давалось обильное питье. Каких-либо психопатологических расстройств выявить не удавалось, помимо иногда возникающего ощущения, что мысли в разговоре как-то обрываются. С полной критикой относился к перенесенному состоянию, настроение было ровным, хорошим, в контакте с врачом и персоналом был мягок, охотно помогал в отделении, контактировал с сохранными больными. Тепло отзывался и встречался с родственниками, высказывал реальные установки на будущее. Соглашался на проведение дополнительных профилактических мероприятий для закрепления терапевтического эффекта. На 15-й день с момента отмены психотропных средств к терапии был присоединен литий в дозе 1800 мг/сут (концентрация в крови через 1 нед 0,75 мэкв/л).
Катамнестическое обследование спустя 1 год. После выписки вернулся на прежнюю работу. С работой справляется, добросовестно относится к своим обязанностям.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Первые полгода на работе был повышенно активен, стремился доказать, что он отличный работник, так как в связи с частыми стационированиями в больницы за последние годы начальство неоднократно предлагало ему уволиться. В настоящее время с сослуживцами и начальством отношения хорошие. Стал внимательно относиться к своему здоровью, много времени уделяет физическим упражнениям, придерживается диеты, врачебные рекомендации выполняет. В общении с людьми стал более избирателен, несколько формальнее и холоднее.

Анализ клинического наблюдения. Заболевание началось в сравнительно раннем возрасте (15 лет) с психопатоподобной симптоматики, выявляющейся на фоне стертых аффективных колебаний. Инициальный период с указанной клинической картиной продолжался на протяжении 17 лет. Манифестация заболевания имела место сравнительно поздно, в 30-летнем возрасте, когда в течение 1 суток развился приступ, особенностью которого была быстрая смена онейроида депрессивно-параноидным синдромом. Клиническая картина приступа в основном определялась выраженным депрессивным аффектом, бредом отношения, значения, идеями воздействия, вербальным псевдогаллюцинозом обвинительного содержания. Несмотря на остроту симптоматики, приступ с самого начала обнаруживал тенденцию к затяжному течению. Длительное применение разнообразной психофармакотерапии не приводило к полному исчезновению продуктивных расстройств. Под влиянием психофармакотерапии удавалось быстро снять остроту состояния: исчезали тревога, растерянность, страх, значительно редуцировались бредовые расстройства, основанные на образно-чувственных построениях, менялась тематика «голосов», появлялась частичная критика к заболеванию. По мере постепенной редукции галлюцинаторно-бредо-вых расстройств на передний план выступали депрессивные проявления и связанная с аффектом галлюцинаторная симптоматика. Вербальный галлюциноз стойко продолжал существовать на протяжении 7 лет. За это время отмечалась смена маниакального и депрессивного аффекта. Улучшение состояния наступило после терапии модифицированным методом одномоментной отмены психотропных средств.
В момент проведения терапии данным методом клиническая картина приступа определялась наличием аффективного бреда, депрессивно-параноидного состояния. На 3-й день отмены психотропных средств в сочетании с приемом диуретиков одновременно полностью редуцировались как аффективные, так и галлюцинаторно-бредовые расстройства и восстановилось критическое отношение к заболеванию. Бред в данном случае не определялся систематизацией, как это бывает при первичном бреде, а развился в соответствии с аффектом, т.е. был вторичным. Обрыв приступа наступил практически одномоментно. Введение диуретических средств быстро устранило побочные экстрапирамидные расстройства, которые при использовании обычного варианта одномоментной отмены психотропных средств усиливались.

Бред воображения характеризуется особым паралогическим «волшебным» мышлением, фантастическим мегаломаническим бредовым содержанием, преобладанием конфабуляторного бредового механизма над интерпретативным и галлюцинаторным, сохранностью контакта больного с реальностью, что резко контрастирует с экстравагантностью бреда (Пишо П., 1982). Более детальные исследования бреда воображения (Варавикова М.В., 1993) дают возможность выделить 3 разновидности состояний, в которых бред воображения представлял основной компонент бредовых расстройств.

«Интеллектуальный» бред воображения развивается с усиления интереса больных к религии, литературе, к отдельным областям науки. При этом выражено обострение интеллектуальной деятельности со склонностью к отвлеченно-теоретическим размышлениям. «Интеллектуальный» бред воображения обычно основывается на

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

интуитивном «проникновении» в смысл происходящего, в ситуацию, в которой находится больной и его близкие, а иногда вся страна или Вселенная. Бредовые идеи легко придумываются, без сомнений, в виде «внезапной мысли», «озарения». Их содержание определяется «открытием» или внезапным «познанием» новых законов устройства мира. Теоретические построения больных противоречат общепринятым взглядам. Больной выступает как активный творец, импровизатор, фабула бреда быстро расширяется. Особенность таких состояний я- устойчивая фабула бреда. Если внимание больных направлено на детализацию интуитивных представлений, то и здесь возможная интерпретация реальных фактов для больных имеет второстепенное значение. Для тематики бреда характерны идеи реформаторства, особой миссии, предвидения, предсказания. Одновременно с ними возникают идеи воздействия, телепатической связи, духовного слияния как персекуторного, так и благожелательного характера. При нередком в таких случаях гипоманиакальном аффекте бредовые расстройства часто сопровождаются возникновением у больного необычных способностей, которые также приобретают характер бредовой убежденности. Больные могут «по собственному усмотрению» видоизменять содержание бредовых идей, вводить в них желаемое, не стесняясь противоречий. В качестве постоянного компонента бреда воображения выступают аффективные расстройства, которые соответствуют фабуле воображаемых переживаний. Может отмечаться либо повышенное настроение с экспансивным оттенком, либо депрессии с ажитацией. Характерна бредовая ретроспекция, появляются непроизвольные ложные воспоминания с ощущением «сделанности», т.е. в форме психического автоматизма. При развитии «интеллектуального» бреда воображения могут отмечаться и галлюцинаторные расстройства, в частности галлюцинации воображения.

Наглядно-образный бред воображения характеризуется яркими образными представлениями, соответствующими фабуле бреда, с яркой визуализацией представляемых образов, их чувственной живостью, причудливым сочетанием с образными впечатлениями от действительных объектов. Больные ярко «предвидят», что случится с ними или со всем миром, наглядно, в виде «картинок», представляют себе, как ведут себя вмешавшиеся в их судьбу люди. Проявляется визуализация образов. Фабула представляемых образов обусловливается и прямо вытекает из наиболее аффективно значимых и вынашиваемых идей, что считается общей особенностью патологии воображения. Представляемые больными образы отличаются фрагментарностью, нестойкостью, яркостью, мимолетностью. В некоторых случаях наблюдается довольно длительное удержание исключительно четких и ярких образов представляемых предметов. При этом существует значительная выраженность эйдетического компонента бредовых переживаний. Больные отрицают ощущение «сделанности» существующих у них представлений, говорят, что сами «управляют» ими, могут «вызывать» их по собственному желанию.

Фантазирование способно усиливаться в период бессонницы, бездействия, в состоянии одиночества, при закрытых глазах. Воображаемые образы могут иметь отчетливую экстрапроекцию или локализуются в субъективном пространстве. Больные часто бывают непосредственными участниками воображаемых сцен и событий, они сами активно «направляют» развертывание и течение представлений. У них усиливается ретроспекция, пациенты говорят об «обострении памяти», в это время их воспоминания принимают характер потока, носят наглядный, красочный характер, больные видят происходящее в мельчайших деталях. В некоторых случаях воспоминания возникают не постепенно, а внезапно, как «озарение». Тогда фабула бредовых переживаний имеет сказочно-фантастический характер, причем роли участников драматических событий больные легко «угадывают» по выражению глаз и лиц. Фабула бреда изменчивая, политематичная, в ее основе часто лежит антагонистическая тематика. Обычно используются известные представления об

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

инопланетянах, телепатии, готовые сюжеты из сказок. Ложные узнавания принимаются больными как таковые, не требуя каких-либо подтверждений. Лица «улавливаются» не по конкретным чертам, а по каким-то «идеальным», «духовным» качествам, например по доброте, душевности.

Образность переживаний при развитии бредового психоза достигает степени визуализированных аффективно-насыщенных, сновидных, красочных видений, сцен. Фантастичность психоза нарастает по мере его «утяжеления от «земных» фантазий до мистико-космических нелепых построений» (Пападопулос Т.Ф., 1966). Больные одновременно находятся в двух ситуациях: в реальной обстановке и в иллюзорном мире фантастических вымыслов. Углубляясь, подобные состояния могут перейти в онейроид (см. главу «Патология сознания»).

Эмоциональный бред воображения характеризуется тем, что центральное место занимает интуитивная убежденность в возникновении особого эмоционального отношения к себе со стороны определенного лица или узкого круга лиц. Как правило, к эмоциональному подтипу бреда воображения относят бред любовного притязания и бред ревности. Их объединяет общий тип развития: «бредовая ситуация», затем «экзальтация страстей» и, наконец, вторичные интерпретации. По описанию И.Г. Оршанского (1910), больные «до того хотят видеть то, во что верят и чего боятся, что впадают в иллюзию и видят то, чего нет». Довольно часто отмечаются стереотипное повторение элементарных галлюцинаторных образов (ситуационный вариант галлюцинаций воображения), появление образа звонка или стука в дверь у человека, беспокойно ожидающего этого. Более сложный вариант - выслушивание по телефону вербальных галлюцинаторных объяснений в любви, упреков.

5.3. СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ

Сверхценные идеи были выделены как самостоятельный симптомо-комплекс К. Вернике в 1882 г. Это мысли или комплексы их, возникающие в связи с той или иной реальной ситуацией, но в дальнейшем доминирующие над другими в течение длительного времени и занимающие не свойственное их действительному значению преобладающее положение в сознании больного благодаря тому, что они сильно затрагивают эмоциональную сферу. Наличие подобных идей сопровождается значительным эмоциональным напряжением.

По своему содержанию, как полагал, например, В.А. Гиляровский (1938), сверхценные идеи - это представления, которые особенно затрагивают личность и обнаруживают тенденцию застревать в сознании. Они оказывают большое влияние на все течение мыслей. По своему существу они не представляют ничего странного, нелепого и психологически понятны. По определению О. Бумке (1929), это мысли или целые комплексы их, приобретающие на долгое время благодаря своему чувственному тону преобладание над всеми другими. По содержанию, и в особенности по своему значению для личности они могут быть чрезвычайно разнообразными.

Достаточно наглядными примерами сверхценных идей служат, например, идеи изобретательства, которым автор какого-либо изобретения придает неоправданно большое значение, считая свое изобретение исключительным по важности и самым ценным для науки. Такие люди чрезвычайно активно настаивают на немедленном внедрении своих новаций в широкую практику, причем в самых широких масштабах, что не соответствует их реальной значимости. Больные глубоко убеждены, что их работа самая важная и значимая, они подчеркивают свои заслуги и возможности использования внедряемых проектов. Несправедливое, как считают подобные люди, отношение к их творчеству, что заключается в «недостаточном» внимании, вызывает у них ответную реакцию, которая также становится доминирующей в сознании. Внутренняя переработка больными подобной ситуации резко усиливает остроту и эмоциональный заряд самого переживания.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

В некоторых случаях могут возникать сверхценные идеи собственной исключительности. Например, человек, который пишет стихи, удостоился за это какой-то похвалы и начинает далее писать с особым увлечением и напором, полагая, что он чрезвычайно талантлив, гениален. В связи с такими представлениями он и вести себя начинает определенным образом, подчеркивая свою незаурядность. Непризнание же этого окружающими он расценивает как проявление недоброжелательности, зависти. Такие сверхценные идеи собственной значительности могут возникать и в отношении других, также явно переоцениваемых способностей - музыкальных, художественных и др.

В некоторых случаях люди, имеющие небольшие косметические недостатки, например несколько длинноватый или, наоборот, коротковатый нос, чуть оттопыренные уши, особый разрез глаз, начинают воспринимать это как жизненную трагедию, связывают с таким «уродством» все действительные или кажущиеся неудачи. Можно наблюдать и такое явление: человека кто-то обидел, и он после этого ни о чем другом уже не может думать, везде он видит лишь желание ущемить его интересы. То же самое может касаться так называемого сутяжничества, или кверулянтства (от лат. *querulare* - жалующийся) - склонности к написанию бесконечных жалоб, которые больные отправляют в различные инстанции. Число мест, куда направляются жалобы, постоянно растет, так как в конечном итоге каждая инстанция (например, домоуправление, газета, суд), куда вначале жаловался больной, не признавшая его правоты, сама становится предметом очередных жалоб. Сверхценные идеи чаще всего развиваются у психопатических личностей.

На практике врач-психиатр часто наблюдает развитие так называемых ипохондрических сверхценных идей. В подобных случаях какое-либо незначительное, банальное расстройство (например, обострение колита, ринита и т.д.) больные начинают воспринимать как серьезное заболевание, которое может вызвать самые неблагоприятные последствия. В связи с этим пациенты начинают очень энергично лечиться и продолжают лечение даже тогда, когда симптомы болезни исчезли. Подобные больные используют самые разные методы лекарственной и нетрадиционной терапии, применяют массаж, используют особые растирания, проводят курсы «уринотерапии» и др., несмотря на рекомендации врачей прекратить лечение в связи с отсутствием даже минимальных признаков какого-либо расстройства.
Сверхценные идеи отличаются от бреда толкования тем, что в их основе лежат реальные факты и события, тогда как для интерпретатив-ного бреда объяснения с самого начала его возникновения характерны ошибочные умозаключения, так называемая кривая логика. Бредовые идеи представляют результат патологического сдвига во всем мышлении. В отличие от навязчивых мыслей содержание сверхценных идей далеко не случайно. В соответствии с этим сверхценные идеи не представляются больным насильственными, чуждыми их сознанию, от которых хочется избавиться. Наоборот, сверхценные идеи кажутся больным вполне естественными, побуждающими к тому, чтобы отдаться им.

Сверхценные идеи со временем при благоприятных условиях постепенно исчезают, в то время как бредовые идеи имеют тенденцию к усложнению, генерализации, поведение больных при этом становится нелепым, некорригируемым. В некоторых случаях возможен переход сверхценных идей в бредовые через состояния, которые К. Бирнбаум (1915) обозначил как «сверхценный бред». Однако в этих случаях речь уже идет о бреде, характеризущемся выраженной эмоциональной напряженностью, наличием «понятных» связей между фабулой бреда и событиями, на фоне которых он формируется.

Фундаментальное и оригинальное исследование проблемы сверхценных идей было проведено в нашей стране В.М. Морозовым (1934), поэтому его работу,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

проиллюстрированную яркими клиническими примерами, далее (до конца этой главы) мы приводим полностью:

«Понятие о сверхценных идеях (uberwertige Ideen) введено в психиатрию Вернике в 1892 г. С тех пор разработкой этого вопроса занимались главным образом немецкие и отчасти французские психиатры. В русской литературе, поскольку нам известно, специальных работ о сверхценных идеях не появлялось. Целью настоящей работы является показать на основании собственного клинического материала, что сверхценные идеи являются самостоятельным патопсихологическим феноменом, имеющим определенную сущность, определенные признаки, и что они занимают определенное место в клинике душевных расстройств. Наша задача оправдывается тем, что само это понятие завоевывает все большее и большее право гражданства в психиатрической практике, все чаще привлекается для объяснения механизмов психогенных патологических реакций и развитий, даже для объяснения бредо-образования. Если, например, Крепелин в главе о паранойе, только вскользь цитируя другого автора, приводит это понятие, то в настоящее время в работах, трактующих соответствующую главу, оно встречается постоянно. В учебниках психиатрии теперь отводится значительно большее место для описания и анализа этого феномена. По определению Вернике, сверхценная идея - это ?воспоминание о каком-либо особенно полном аффекта переживании или о целом ряде подобных, связанных между собой переживаний". Они приобретают одностороннее господство как известные доминирующие круги представлений. Содержание их может быть очень разнообразно в зависимости от характера переживания. Например, они могут развиться после смерти родственника, неправильного судебного приговора и т.д. По Вернике, в отличие от навязчивых представлений и аутохтонных мыслей они не воспринимаются как чуждые сознанию, больные рассматривают их как выражение своей собственной личности, считают их разумными и обоснованными.

Вернике различал нормальные и болезненные сверхценные идеи. Главное различие он видел, во-первых, в соответствии мотива и вызванного им аффективного переживания и, во-вторых, в возникновении других психотических симптомов и именно добавочных бредовых идей, ?объясняющих бредовых представлений" (Erklarungswahnvorstellungen). Вследствие этого часто сложное содержание возникшей психотической картины не соответствует вызвавшей ее простой причине, и в силу этого ухудшается прогноз. По Вернике, сверхценная идея может быть начальной стадией прогрессирующего острого или подострого психоза, включая прогрессивный паралич. Сверхценная идея может даже вызвать особую болезненную форму, особый бредовой психоз (Zircumscripte Autopsychose). Описанные Вернике в ?Grundriss der Psychiatrie" случаи относятся, по-видимому, к настоящим бредовым идеям.

Ряд последующих авторов указывали, что определению Вернике недостает четкости и ясности, в частности, ему ставили в вину, что он воскрешает старую концепцию мономаний (Гитциг, Шенфельд, Кеп-пен). Теоретически и практически сверхценные идеи неоднократно смешивались с бредовыми идеями и навязчивыми представлениями, а иногда само понятие целиком отвергалось. Неясно было также и отношение сверхценных идей к определенным нозологическим единицам. С одной стороны, сверхценные идеи признавались за фактор, достаточный для возникновения определенного душевного заболевания (сам Вернике, Леви, Торрен), с другой стороны - на деле, практически за сверхценные идеи принимали симптомы всевозможных нозологических единиц. Были попытки и чисто физиологического объяснения. Фридман, например, считал, что сверхценная идея вызывается повышенной возбудимостью известных мозговых центров. Ясностью во всем этом комплексе вопросов мы обязаны особенно Бирнбауму и Бумке, давшим точное определение понятия. Я буду придерживаться их определения. По Бирнбауму,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

сверхценный комплекс - это ?такой комплекс, который благодаря чрезвычайно сильному аффективному акценту приобретает доминирующее положение, резкий перевес в душевной жизни". По Бумке, это ?мысли или группы мыслей (комплексы), которые достигают перевеса над всеми остальными мыслями благодаря своему аффективному тону и удерживают этот перевес стойко, на длительный срок".
Этим даны два самых существенных, неразрывных между собой качества сверхценной идеи: 1) сильнейшая аффективная окраска по сравнению со всеми остальными мыслями и представлениями и как бы ?монополизирование аффекта в пользу одного содержания"; 2) как следствие этого, господствующее центральное положение, которое занимает сверхценная идея во всей душевной жизни и деятельности субъекта.

К этому необходимо прибавить следующее: сверхценные идеи возникают и развиваются только при наличии известной душевной диспозиции, известной конституциональной почвы или в силу кратковременных сильных эмоциональных травм и переживаний, или под влиянием длительных душевных переживаний при условии продолжительного воздействия со стороны окружающей среды. Сверхценная идея есть образование, психогенно обусловленное, выражение реакции личности или продукт ее психологического развития. Сверхценные идеи встречаются преимущественно в клинике реакций и развитий личности, в клинике психопатий. Сверхценная идея является понятной, исходя из переживаний, ситуации и личности больного, идентифицируется с личностью больного, является интегральной частью его сознания, выражает опасения, желания, стремления личности, возникает при том или другом психическом поводе. Она главенствует в сознании в ходе мыслей, может вести к частичному сужению сознания личности как благодаря чрезмерной концентрации аффекта и внимания на определенном круге представлений, вследствие чего другие остаются как бы на периферии сознания, так и благодаря изгнанию и подавлению всех противоположных данной сверхценной идее мыслей и представлений.

Необходимо точное отграничение самого понятия. Сверхценные идеи часто смешивались с бредом. Немногие авторы останавливались специально на различиях в механизме возникновения бреда и сверхценных идей. Ясперс указывает, что в отличие от сверхценных образований (которые он относит к бредоподобным идеям) бред возникает из неясных переживаний, из диффузных загадочных отношений к собственной личности.
Штранский также указывает, что бред появляется из второстепенных переживаний, случайных фактов, ?при случае брошенных жестов или замечаний", в то время как сверхценная идея узаконивается благодаря присущей ей ?логизирующей аргументации". В отличие от бредовой, сверхценная идея поддается разубеждению, понятна по содержанию и по своему возникновению, сводится к тем или другим психогенным факторам как причине, появляется как выражение реакции личности.

В противоположность этому бредовая идея пользуется при своем возникновении и развитии любым случайным материалом, часто безразличным как таковым для личности, любыми случайными фактами и взаимоотношениями, является обычно первичной, примарной, не сводимой к психологическим объяснениям. В некоторых случаях трудно отграничить сверхценную идею от бредовой и именно там, где встречается психологическое развитие бреда. Бумке указывает, что невозможно провести резкой границы между сверхценной идеей и бредом, так как сверхценная идея может переходить в бредовую. Согласно Бумке, может и не быть принципиального различия в возникновении бреда и сверхценной идеи.

Приводя в качестве примера кверулянтов, он указывает, что если имеется более сильное болезненное предрасположение и более сильный внешний повод, то развивается бредовая идея; если эти факторы менее выражены, то - сверхценная

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

идея. По нашему мнению, в отдельных случаях сверхценная идея может перерасти в бредовую, но эти понятия должны быть всегда строго различаемы. Практически в известном количестве случаев их трудно разграничить. Сильная аффективная окраска и преобладание над всеми остальными представлениями наблюдаются и при некоторых настоящих бредовых идеях. Бирнбаум выделяет поэтому сверхценные бредовые идеи (uberwertige Wahnideen). К таковым, несомненно, относится бред ревности некоторых шизофреников.
Другим существенным моментом является отграничение сверхценных идей от навязчивых представлений. Ряд авторов сближали те и другие (Ашафенбург, Циен, Гитциг). Навязчивая идея обычно является чуждой для сознания больного, носит паразитирующий характер. Больной относится к ней критически (по крайней мере, в спокойном состоянии), пытается с ней бороться. Она проникает в сознание, нарушает течение мыслей насильственно, принудительно, против воли больного. Сверхценная идея рассматривается больными как выражение своего собственного ?Я", идентифицируется с его личностью, является для него близкой и понятной, не носит характера чуждости. Сверхценную идею тоже не следует смешивать с комплексами в смысле Юнга и Блейлера. Кречмер показал это с большой убедительностью. В настоящей работе мы приводим часть собранных нами случаев.

Случай 1. Больная П-ва, 43 лет, замужняя, колхозница, малограмотная. Поступила в психиатрическую клинику 1-го Московского мединститута 15 ноября 1931 г., выписалась 16 апреля 1932 г. Отец умер от рака легких. Раздражительный, грубый, властный, деспотичный, бил жену и детей. Религиозный, трудолюбивый. Тетка по отцовской линии по характеру была похожа на отца. Мать умерла в 73-летнем возрасте. Общительная, отзывчивая, живая, веселая. Два брата общительные и веселые. Один брат - расчетливый, аккуратный, раздражительный, настойчивый.

Родилась в семье крестьянина шестой по счету, в срок. Развивалась правильно. 11-12 лет самоучкой научилась читать и немного писать. 14 лет уехала в Москву, «чтобы себя обуть и одеть». Менструации с 16 лет. 2 года работала нянькой. С работой справлялась хорошо. Получала 3 руб. в месяц, но благодаря своей расчетливости скопила нужные ей деньги. В 18 лет вышла замуж. Вскоре мужа призвали в армию, больная стала жить в семье мужа. Взаимоотношения стали плохие, больная волновалась, часто плакала и уехала в Москву, «чтобы согнать денег» и жить самостоятельно. Работала прислугой, берегла каждую копейку, ограничивала все свои расходы. По возвращении мужа стали заводить свое хозяйство в деревне. Была расчетливой, трудолюбивой, главной целью было устроить свое хозяйство. Опять несколько месяцев работала в Москве прислугой. В это время муж в деревне имел кратковременную связь; больная этим не особенно огорчилась, считая, что если бы она жила в деревне, то он бы ей не изменил. Семейная жизнь была хорошей, хозяйство окрепло, материально была обеспечена. Имела три беременности. По характеру всегда малообщительная, серьезная, настойчивая, уверенная в себе, «любила, чтобы все делали по-моему», расчетливая, экономная, аккуратная, очень трудолюбивая, много волновалась из-за хозяйственных мелочей, входила сама во все детали. Если чего-нибудь сама не успела сделать, волновалась, упрекала себя. До известной степени мнительная и тревожная, часто беспокоилась, что может материально пострадать. Застенчивая, скромная, смущалась в обществе. Раньше религиозная, суеверная; верит в приметы и сейчас. В июле 1928 г., сознавая, что ей трудно справиться с хозяйством и желая иметь лишние рабочие руки, женила сына против его воли. Первый год с невесткой жила хорошо. В мае 1929 г. однажды попросила невестку помочь ей мять коноплю, та отказалась, больная просила своего мужа, чтобы он велел невестке помочь ей. Муж отказался, больной это показалось обидным: «Зачем она меня не послушалась, а муж на нее не повлиял». Считала, что это непорядок в семье. Невестка должна слушаться свекрови. Несколько раз

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

случалось, что муж отказывался встать на сторону больной. Ссорилась с мужем, настаивала, чтобы он воздействовал на невестку.
Через 1,5-2 мес начала ревновать мужа к невестке, думала, что потому муж не обращается сурово с невесткой, что живет с ней. «Поэтому жалеет обидеть ее словом». Упрекала мужа, тот все отрицал и часто, выведенный из себя, ругал больную. Больную это еще больше огорчало, думала, что муж «не хочет ее уважить, она ему опротивела». Объективных оснований ревновать мужа не было. Думала, что невестка приворожила к себе мужа. Настроение было подавленное. Думала: «Для чего я живу, я только мучаюсь», не хотелось ничего делать, не интересовалась хозяйством. «Что бы ни делала, куда бы ни шла, просыпалась и засыпала с одной мыслью, что муж живет с невесткой». Эта мысль ее все время мучила. Боялась, что сойдет с ума, так как не было ни минуты покоя нигде. Когда больную старались утешить, то отвечала, что никак не может отбросить эту мысль. «Не соображусь, не могу с собой справиться». Думала, что если бы муж ей спокойно признался, попросил бы прощения, «уважил ее», то она его простила бы. Своим же грубым обращением делает ей хуже.

Психический статус. Ориентирована, легко вступает в контакт, обстоятельна; считает, что она больна, но по вине мужа, из-за того, что он живет с невесткой и переменил свое отношение к больной; считает себя обиженной, оскорбленной, говорит, что все время грустит, плачет; говорит, волнуясь, временами на глазах появляются слезы. Считает, что ее ревность подтверждается тем, что муж ласково относится к невестке. «Эта мысль меня все время мучает». Думает, что невестка чем-нибудь приворожила мужа и устроила так, чтобы он был дерзок с больной. Ищет внимания, помощи у врача, несколько назойлива, настроение подавленное; считает, что она не поправится. *Физический статус:* среднего роста, астенического телосложения, видимые слизистые бледны, тургор кожи несколько понижен. Стойкий красный дермографизм. Тремор пальцев вытянутых рук. Со стороны легких и органов брюшной полости особых изменений нет. Границы сердца - норма. На основании сердца акцентуация II тона. Периферические артерии слегка жестковаты. Пульс 75 ударов в минуту. Кровяное давление по Рива-Роччи 135/80 мм рт. ст. Черепно-мозговые нервы - норма. Зрачки одинаковые, реакция на свет живая. Коленные и ахилловы рефлексы повышены. Менструации в настоящее время нормальны.
В клинике тосклива, тревожна, ищет помощи, часто обращается к врачу, настаивает, чтобы ей давали больше лекарств, охотно общается с больными и рассказывает им о себе. Содержание высказываний однообразно; жалуется, что ее мучает ревность. Постепенно начинает поддаваться разубеждению, временами высказывает сомнение в правильности своих подозрений. Просит помочь ей помириться с мужем.

Выписана с некоторым улучшением. Стала спокойней, допускает, что ее подозрения могут быть необоснованы.

Катамнез со слов родственницы в декабре 1932 г.: больная поправилась, мужа теперь не ревнует, работает по хозяйству у себя в деревне.

Личность больной можно охарактеризовать как ограниченную и примитивную, близкую к эпилептоидному кругу, в то же время с выраженными астеническими компонентами. На этой почве психогенно возникает сверхценная идея ревности, около 3 лет заполняющая сознание больной. Она понятна из ситуации и личности больной, является наиболее сильной в аффективном отношении и преобладает над всеми ее мыслями. Эта идея стойка, ограничена одним и тем же кругом представлений, стабильна, мало изменяется, как бы инкапсулирована на протяжении всех 3 лет. В то же время больная допускает сомнение в ее верности, поддается частичному разубеждению и психотерапии. Сверхценная идея нашей больной является вместе с тем домини рующей.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Доминирование - ?субъективно тягостное преобладание в ходе мыслей" (О. Бумке), отчетливо видно из характерного описания больной: ?Меня мучает эта мысль, никак не могу ее выбросить из головы, ложусь и просыпаюсь с ней, в голове только она одна". В данном случае доминирование не должно давать повода к смешению с навязчивыми представлениями. Доминирование является свойственным только части сверхценных идей и отнюдь не носит характера чуждой сознанию больного навязчивости.
По Бумке, сверхценные идеи доминируют, исходя из понятных оснований, благодаря своей сильной аффективной окраске и неспособности быть завершенными (Abschlussunfahigkeit). В преморбидной личности больной имеются астенические компоненты, она сама является пассивным носителем сверхценной идеи, и это может быть привлечено для объяснения доминирования в данном случае. Обсессии и вообще доминирующие представления легко появляются на фоне астенических психопатий.

Случай 2. П-ов, 48 лет, женатый, бывший заведующий селекционным отделом опытной сельхозстанции. Поступил в психиатрическую клинику 1-го Московского мединститута 20 ноября 1930 г., выписался 1 февраля 1931 г.

Отец умер в 65 лет от прогрессивного паралича. Деспотичный, властолюбивый, человек долга, общительный. Мать умерла в 38 лет. Остроумная, очень веселая, добрая, великодушная, развитая; тетка по матери умерла в 70 лет. Раздражительная, замкнутая, ревнивая. Сестра больного умерла в 50 лет. Настойчивая, решительная, с наклонностью к философии.

Родился 4-м, развивался правильно. В детстве замкнутый, упрямый, мечтательный, впечатлительный. В 10 лет был помещен в реальное училище. Упрямо отказывался заниматься теми предметами, которые ему не нравились, наоборот, в науках, заинтересовавших его, главным образом в естествознании, проявлял большие способности. В возрасте 10 лет вел метеорологические исследования, изучал развитие и образование гроз. В реальном училище учился очень плохо и по его настоянию был переведен в ремесленное училище. Здесь начал заниматься с интересом, шел первым учеником. В юношеском возрасте ?чудак", мечтательный и непрактичный, выделялся своими способностями, усиленно занимался физикой и естествознанием. Был всецело этим поглощен. Половая жизнь с 22 лет. По окончании ремесленного училища около 7 лет работал техником, работа не удовлетворяла. В 27 лет поступил в сельскохозяйственный институт, сразу понял, что попал на свой путь. Занимался с большим интересом. По окончании работал по селекции в Курске. В 35 лет женился удачно, имеет 5-летнего ребенка. В работе проявлял необыкновенную энергию и предприимчивость. Поставил работу селекционной станции на должную высоту, вел большой спор с селекционерами НКЗема по поводу стандартизации овощей, предлагал стандартизовать их по содержанию в них питательных веществ, а не по их морфологическим данным, считал себя в этой области новатором. В 1926 г. изобрел прибор для определения объема твердых тел, который был с успехом применен в его специальности; получил патент. Все мысли были заняты этим изобретением. В 1927 г. стал чувствовать приступы болей в области печени, замечал, что при движении боли проходят. Это навело его на мысль заняться спортом. Изучал чуть ли не все виды его, но особенно плавание, в котором делал огромные успехи, и бег, легко пробегал расстояние в 4 км от квартиры до службы. В середине 1929 г., пробежав 8 км, вбежал в комнату, сел на стул и не смог двинуться; врач констатировал расширение сердца. Чувствовал слабость, сердцебиение, лежал 10 дней, потом встал, пытался приступить к работе; вернувшись домой с работы, пытался заснуть, но быстро проснулся с сильнейшим сердцебиением. Все мысли сосредоточил на своей болезни. Говорил только о ней, передавая самые разнообразные ее ощущения. Все другие интересы отпали, работать не мог. Получил

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

инвалидность второй группы. Лечился у многих врачей, никакого улучшения не было. Делали спинномозговую пункцию. Ничего патологического не обнаружено. Р. В. отрицательна. После пункции жаловался, что у него появился постоянный резонирующий шум в ушах. Страдал главным образом от бессонницы и этого шума. Клал около себя ночью часы и беспрестанно смотрел на них, и потом говорил, что ни одного часа не спал. Однажды отобрали у него часы, и он спал всю ночь. Вообще, как только мысль отвлекалась от болезни, выглядел очень бодрым и оживленным. Дающая о нем сведения тетка характеризует его как несколько чудаковатого, непрактичного, честного, правдивого, целеустремленного человека. Все, что занимало его в данный момент, заполняло все его мысли, было исключительной темой для разговоров больного, в чем он был даже несколько назойлив. Был общительным, но не мог ориентироваться в обществе; всегда надо было ему объяснить, как держать себя с теми или иными людьми. Сходится только с людьми, интересующимися тем же, чем и он.

Психический статус. Больной ориентирован, считает себя больным уже полтора года, после того как пробежал 8 км, с тех пор не может спать, чувствует себя разбитым и слабым, не может работать. Обстоятельно, с подробностями, стараясь передать возможно точнее и убедительнее, рассказывает о своих ощущениях. Он испытывает слабость, «как будто бы вышел после купанья из холодной воды». Руки и ноги точно свинцовые. Ходить ему трудно, так как мешают одышка, сердцебиение и слабость. Больной старается дать объяснения своим ощущениям. По поводу одышки он говорит, что она либо сердечного происхождения, либо вследствие расстройства вазомоторов, по-видимому, от последней причины. Его нервная система истощена, ноги подкашиваются, дрожат, в голове «резонирует» каждый шум, это потому, что у него «сильное раздражение слухового аппарата». Особенно беспокоит бессонница. В момент погружения в сон происходит «встряска», и спать он больше не может. Объясняет свою бессонницу: «Центр сна, который находится в четверохолмии, заторможен, и его надо растормозить, это можно сделать посредством гидроэлектротерапии». Во время рассказа морщится, охает, с осторожностью садится на кресло, ходит, сгорбившись, медленно, с опаской. Упорно отказывается от прогулки, говорит, что ему тяжело ходить по лестницам. Выслушивает убеждения врача о неосновательности своих опасений, потом вновь в разной форме возвращается к ним. Не считает себя душевнобольным, недоволен тем, что он попал в клинику. Просит его выписать и направить назад в Курск, где он будет лечиться гидроэлектротерапией. Считает, что его надо исследовать самым тщательным образом, «измерять ежедневно вес, мышечную силу и т.д.» и, сопоставив все эти данные, сделать выводы об его болезни. Он привык к этому как агроном и экспериментатор.

Физический статус: среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания, мышечная сила выше средней. Каких-либо резких отклонений от нормы со стороны сердца нет. Тоны сердца несколько глуховаты, пульс 84 удара в минуту. Arteriae radialis несколько жестки. Кровяное давление по Рива-Роччи 130/75 мм рт. ст. Зрачки правильной формы, реакция на свет живая. Черепно-мозговые нервы - норма. Резкое повышение коленных и ахилловых рефлексов. Тремор вытянутых пальцев рук.

В клинике ипохондричен, жалуется на бессонницу и слабость, часто лежит в постели, навязчив, старается каждому врачу рассказать о своем состоянии, часто просит пощупать пульс. Недоволен клиникой и лечением. Уверяет, что врачи ошибаются в отношении его; просит назначить радикальное лечение; часто просит снотворное, тогда как на самом деле спит хорошо. С больными общается охотно. Временами высказывает те же жалобы, но как-то менее убежденно. С увлечением доказывает свою точку зрения на селекцию, забывает все свои болезненные ощущения. Когда

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

отвлекается от своих болезненных мыслей, становится даже бодрым, подвижным; однажды в шутку боролся с одним из больных и оказался более сильным, чем остался очень доволен. Выписан без заметного улучшения.
Перед нами яркий образчик психогенно возникших сверхценных идей ипохондрического содержания, возникших у чудаковатого шизоидного психопата, типа вялых фанатиков *(matte Fanatiker).* Этот тип психопатий часто дает сверхценные образования. У нашего больного мы отмечаем и раньше наклонность к образованию сверхценных идей. К ним можно отнести его изобретательство и занятия спортом. Сохранность личности и отсутствие прогредиентности позволяют исключить шизофрению.

Большая стойкость и фиксация ипохондрических опасений, отсутствие улучшения говорят в данном случае за своеобразное психологическое развитие личности в противоположность первому случаю, при котором мы имеем дело с затянувшимся болезненным реактивным состоянием.

Нужно отметить, что на этот раз не наблюдается явления доминирования. Во избежание недоразумений необходимо оговорить следующее: всякая сверхценная идея является доминирующей в том смысле, что она преобладает над всеми остальными мыслями субъекта и в основном определяет собой его поведение, но она может быть доминирующей и не доминирующей, поскольку она может сопровождаться и не сопровождаться субъективно тягостным преобладанием в ходе мыслей.

Случай 3. Больная Б-ва, девица, 29 лет, учащаяся Вхутеина. Поступила в психиатрическую клинику 1-го Московского мединститута 21 апреля, выписалась 30 мая 1932 г.

Дед по отцу прямой, честный, вспыльчивый. Убил свою жену, после того как узнал, что она имела связь до замужества. Отец убит в 1905 г. Общительный, веселый, энергичный, очень добрый. Мать общительная, раздражительная, добрая. Брат убит в 20 лет. Бесстрашный революционер, занимался изобретательством. Энергичный, смелый, деликатный, ласковый, застенчивый. Родилась шестой, рано начала ходить и говорить. В детстве физически слабая, перенесла золотуху, скарлатину, корь. С 7 до 12 лет жила в детском приюте, училась хорошо. Менструации с 15 лет. По выходе из приюта определенной профессии не имела, работала в качестве курьера, няньки в яслях и т.д., переменила несколько мест. Была замкнутой, чувствительной, чуткой к обиде, подруг не было. Много рисовала, мечтала стать художницей, стремилась к учению, «общественной не была, все делала в одиночку». Возмущалась всякой несправедливостью. 16 лет училась около года в балетной студии. Смотрела на это как на свой будущий заработок, считала, что ее истинное призвание - это быть художником. Сильно увлекалась балетом. В 1920 г. после ушиба ноги была вынуждена оставить балет. В январе 1922 г. мать больной была убита бандитами. Больной в это время в Москве не было. Вернувшись, нашла квартиру занятой посторонними; была в буквальном смысле выброшена на улицу, ночевала в ночлежке. Начала вести борьбу за жилплощадь, стараясь вернуть отобранные комнаты или получить площадь вместо них. Материально крайне нуждалась. Боролась за то, чтобы иметь заработок, попасть на учебу. Была твердая установка окончить рабфак искусств, чтобы потом работать по живописи. Проявила чрезвычайную энергию и настойчивость, «этим всех ошеломляла». «Все проходило в борьбе за существование, выгрызала каждый час». По поводу комнаты, борьба за которую продолжалась 7 лет, обращалась во многие инстанции. В 24 года поступила на рабфак Вхутеина. Считалась способной, много рисовала. «Когда я работаю, то я не сплю и не ем».

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

В 1929 г. получила комнату. Считала, что теперь она может спокойно заняться самым главным в жизни - живописью. После въезда начались ссоры с соседями, так как на ее комнату претендовал один из соседей, которого поддерживала часть остальных жильцов. Больную всячески оскорбляли, портили ее вещи, пачкали выстиранное ею белье, ругали, 2 раза избивали. Больная обращалась в ГПУ, к прокурору и т.д., добилась постановления РКИ о том, что ее травят. В феврале 1932 г. дело разбиралось в нарсуде, который делопроизводство прекратил. По просьбе суда был вызван районный психиатр, который диагностировал у больной шизофрению. После этого больная обратилась в нашу клинику. Характеризует себя как человека «прежде всего упорного», целеустремленного, резкого, прямого, нетерпимого к недостаткам людей. К людям относится недоверчиво, так как этому ее научил житейский опыт. Возмущает всякая несправедливость, не может забывать обиды, «это ужасный камень». «Сколько у меня таких камней». Последнее время работала мало, все силы уходили на борьбу с жильцами. Считает себя очень одаренным художником. «Я - большой молодец». Сексуальная жизнь не занимала большого места. Иногда увлекалась, но «по-детски», платонически, стремления к физической близости никогда не было. Подруга характеризует больную как защитницу угнетенных, при малейшей несправедливости дававшую бурный протест, настойчивую, энергичную, неуживчивую. Постоянно ссорится с жильцами, ходит с синяками от побоев. Последние 2 года все силы и мысли уходят на комнату. Учеба ушла на задний план. Ее цель «добиться справедливости». *Психический статус:* ориентирована, в контакт вступает легко; живо, обстоятельно, заикаясь от волнения, рассказывает о себе. Душевнобольной себя не считает. В клинику поступила для освидетельствования своего здоровья. Чутко реагирует на слова и тон собеседника, временами резка, с гордостью говорит, что она не сдастся, еще поборется, постарается завоевать жизнь. Не намерена ни в чем уступать и должна добиться своего. «С комнатой я была уже у цели, только работай». Говорит, что никогда не простит тем жильцам, которые ее преследуют и будет добиваться их осуждения. Со слезами на глазах говорит, что не занимается сейчас живописью, т.е. самым главным для нее, и даром упускает время. Против районного психиатра, констатировавшего у нее душевное заболевание, ничего не имеет. Он мог ошибиться; бывает мысль, что некоторые врачи клиники хотят выручить этого психиатра и замять все дело.

Физический статус: ниже среднего роста, астенического телосложения, пониженного питания, масса тела при поступлении 42 кг, видимые слизистые бледные. Сердце и легкие нормальны. Селезенка и печень увеличены. По вечерам температура до 37,5 °С. Диагноз терапевта: малярия (?). Со стороны нервной системы ничего патологического.

В клинике своим пребыванием довольна; считает, что отдохнет здесь; говорит, что врачи оказывают ей много внимания. В то же время недоверчиво относится к части врачей, так как думает, что кто-то из врачебного персонала хочет замять все дело для того, чтобы выгородить районного психиатра, объявившего ее душевнобольной. Судебный процесс с жильцами желает во что бы то ни стало довести до конца. Постоянно говорит об этом. С большим интересом относится к жизни отделения. Часто резка и груба с больными. Ссорится с некоторыми из них; жалуется, что они ее обижают. Наблюдательна, дает неплохие характеристики некоторым больным. Выписана без заметного улучшения.

Перед нами случай так называемой ?мозаичной психопатии" (П.Б. Ганнушкин). И в истории развития этой личности, и в настоящей картине главную роль играют сверхценные идеи. Структура личности нашей больной сложна: мы имеем эпилептоидные компоненты (сте-ничность, раздражительность, целеустремленность), шизоидные (замкнутость, сензитивность) и параноические (эгоцентризм, детскость мышления), с преобладанием эпилептоидных компонентов в общей картине. Эта

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

личность демонстрирует сочетание Wunschparanoia, с одной стороны, и Kampfparanoia - с другой; говоря схематически, первая вырастает из параноических элементов, а вторая - из эпилептоидных. В клинику больную приводит ее кверулянтство, носящее характер сверхценности, которое надо расценивать как реактивный синдром. Обращает на себя внимание легкость возникновения добавочных бре-доподобных интерпретаций, носящих характер эпизодических рудиментарных образований (например, больной кажется, что часть врачей в клинике хочет защитить психиатра-эксперта). Эти бредоподобные интерпретации обусловлены влиянием сверхценного кверулянтского комплекса на всю душевную жизнь больной, искажением благодаря ему оценки и восприятия окружающей ситуации.

По Бирнбауму, эти вторичные бредовые образования могут быть даже, в свою очередь, самостоятельными, бредообразующими центрами. Мы избегаем в данном случае термина ?бредовой", потому что говорить об одновременном сосуществовании у одного и того же субъекта сверхценной идеи и ее бредовых дериватов не представляется правильным и плодотворным и терминологически неверно. Речь всегда будет идти о воздействии сверхценной идеи как самостоятельного образования на все мысли, представления и поведение субъекта, что и наблюдается в нашем случае.

Неоднократно делались попытки различать сверхценные идеи как по содержанию их, так и по отношению к личности носителя. Бумке, учитывая содержание, особенности аффективной окраски и свойства самой личности, делит их на активные (третий случай) и пассивные (первый и второй случаи), причем указывает, что они могут переходить одна в другую. Штранский делит их на объективные (где нет связи с эгоистическими интересами личности) и субъективные. Иоссман прибегает к трехчленной классификации: 1) имеющие предметом общественные отношения; 2) выражающие отношение личности к обществу (профессия, правовая жизнь); 3) имеющие отношение только к собственной личности больного (ипохондрия).

В литературе приводилось много разновидностей носителей сверхценных идей; различного рода фанатики, участники сект, отдельные ученые и изобретатели, сутяги, ревнивцы, ипохондрики.
Наш собственный материал охватывает 7 клинических наблюдений (5 мужчин и 2 женщины): один случай сутяжничества у шизоэпилеп-тоида, 2 случая ревности у эпилептоидов и 4 случая ипохондрии у шизоидов (из них 3 с тревожно мнительными компонентами характера); циклотимиков в нашем материале нет. Наш материал позволяет сделать вывод, что шизоидия, эпилептоидия и психастения являются наиболее подходящей конституциональной почвой для сверхценных образований и, в частности, позволяет заключить, что личности с тревожно мнительным характером или с выраженными компонентами такового склонны давать сверхценные идеи ипохондрического содержания.

П.Б. Ганнушкин в своей работе ?Психастенический характер" указывал, что у психастеников наблюдаются идеи ипохондрического характера, не являющиеся ни навязчивыми, ни бредовыми, и уже тогда склонен был считать их сверхценными идеями.

Наш материал позволяет также сделать вывод, что циклоидная психопатия не является соответствующей, подходящей конституциональной почвой.

В клинической картине паранои как в понимании Крепелина, так и в понимании Кречмера во всей группе параноических психопатий вообще постоянно встречаются сверхценные идеи.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Необходимо отметить значение истощающих нервную систему факторов (переутомление, инфекции, интоксикации), а также роль церебрального артериосклероза, инволюции и возрастных изменений психики. Все эти факторы, ослабляя устойчивость психики, могут способствовать более легкой фиксации сверхценных идей.

Кроме реакции и развитий психопатов, сверхценные идеи наблюдаются и при прогредиентных болезненных процессах, при эпилепсии и шизофрении. В этих случаях речь будет идти или о комбинации, о существовании у одной и той же личности процесса и душевной реакции на этот процесс, или о реакциях страдающего болезненным процессом субъекта на те или другие психические травмы, или о психологическом развитии уже дефектной, измененной процессом личности. При клиническом анализе каждого такого отдельного случая мы должны строго различать 2 ряда симптомов: один ряд симптомов, вызываемый болезненным процессом, и другой ряд симптомов, обязанный или реактивному состоянию на этот процесс, или реакциям и психологическому развитию уже дефектной, измененной личности. Этот второй ряд симптомов будет определяться особенностями личности больного, типом психопатии и характером воздействующих на него эмоциональных травм. Сверхценные идеи являются одним из частных образчиков симптоматики 2-го ряда и могут встречаться, по-видимому, в тех случаях, где процесс комбинируется с подходящей для образования сверхценных идей конституциональной почвой. Сверхценные идеи встречаются при эпилепсии как реакция эпилептической психики на психогенную травму. Нам пришлось наблюдать один такой случай психогенного, сверхценного параноида у эпилептика. Шизофрения дает нам, по-видимому, более богатую и сложную картину комбинаций этой двухрядной симптоматики. Бирнбаум, отрицая Autopsychosis Вернике на почве сверхценной идеи как самостоятельную форму, указывал, что он встречается особенно часто в качестве синдрома при шизофрении и именно при дебюте этого заболевания, когда нормальные психические функции остаются относительно интактными; однако материал самого Бирнбаума мало доказателен. Очевидно, во всех его случаях речь шла о настоящем, процессуально обусловленном бреде. По нашему мнению, можно сказать с большей или меньшей определенностью, что при шизофрении может развиться сверхценная идея в порядке реакции личности на болезненный процесс.

Нам пришлось наблюдать один подобный случай ипохондрических сверхценных идей у шизофреника при наличии хорошей сохранности личности и интеллекта и при мягком течении процесса. Комбинация процесса и психологического развития со сверхценными идеями встречается, по-видимому, у некоторых шизофреников-изобретателей. Их изобретательство может принимать характер сверхценности, и в таких случаях уместно говорить о параноическом развитии. При этом необходимо было бы искать конституциональные параноические компоненты характера. Разрешение всех этих вопросов нуждается в накоплении клинически обработанного материала. При шизофрении встречаются и настоящие бредовые идеи с характером сверхценности.
В заключение необходимо поставить вопрос о нормальных и патологических сверхценных идеях. Влюбленность, ревность, ипохондрические опасения могут в отдельных, правда, далеко не частых случаях носить характер сверхценного образования, оставаясь в то же самое время вне стен психиатрической больницы, в обычных житейских рамках.

Как было упомянуто выше, Вернике считал, что при патологических сверхценных идеях наблюдаются несоответствие между переживанием и вызванным им аффектом и наличие вторичного бредообразования. Бирнбаум указывает также на значение вторичного бредообразования и отмечает значение болезненной конституциональной почвы для пато-логичности сверхценной идеи. Ясперс ставит акцент на ложность,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

фальшивость содержания патологической сверхценной идеи. Согласно Бумке, нельзя разграничивать болезненные и просто необычные сверхценные идеи. Кеппен отмечает, что сама по себе сверхценная идея не носит ничего болезненного - патологично лишь то влияние, которое оно приобретает в силу своей аффективности, вследствие чего вызывает поступки, нарушающие интересы личности.

По нашему мнению, разница между патологическими и нормальными сверхценными идеями условна. По своей структуре, по своим психическим механизмам, по своему действию и те и другие близки. Свойство самой личности, особенности конституциональной почвы, наличность сильно действующих психических факторов определяют стойкость, эффективность сверхценной идеи, перерастание ею рамок обычного поведения, конфликты со средой».

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Глава 6. Патология эмоций (аффективности)

Под эмоцией (от лат. *emoneo* - волную, потрясаю) понимается субъективная реакция человека на воздействие различных внутренних и внешних раздражителей. Сопровождая практически любые проявления жизнедеятельности организма, эмоции отражают в форме непосредственных переживаний значимость различных явлений и ситуаций и служат одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение потребностей (мотиваций). Аффект также обозначает душевное волнение и отражает эмоциональное состояние человека в различных условиях и ситуациях, характеризуя особенности его переживания.

Э. Блейлер в своей программной работе «Аффективность, внушаемость и параноя» (1906) специально уточняет те психопатологические характеристики и психологические основы, которые связываются с понятием аффективности. Он полагает, что то, что мы называем аффек-тивностью, обозначается приблизительно словами «чувство», «настроение», «аффект», «эмоция». Понятия, скрывающиеся за словами «настроение», «аффект», «эмоция», сами по себе слишком узки, в то время как слово «чувство» значит слишком много. Если стоики обозначают чувства как «неясные познания», то они имеют в виду нечто такое, что исключается в большинстве случаев из понятия о чувстве в общей части психиатрии. Они имеют в виду главным образом интеллектуальный процесс. Если схоластики рассматривают чувства как стремление к добру или отвращение к злу, то это не что иное, как описательное изображение удовольствия или неудовольствия, к которому примешивается еще этическая оценка, причем больше оттеняется волевой момент, содержащийся в чувствах.
В учебниках по психиатрии в большинстве случаев мы находим в общей части довольно ясную формулировку: удовольствие или неудовольствие в связи с аффектами составляет то понятие, о котором мы говорим. Если мы захотим разграничить понятия «чувства», «настроение», «эмоция», «аффект» так, чтобы они стали пригодными для практического применения, необходимо сначала установить, что в психическом акте может иметь место лишь теоретическое, а не фактическое подразделение психических качеств, о которых идет речь. Э. Блейлер подчеркивает, что при всяком, даже простейшем световом ощущении мы различаем качества (цвет, оттенок), интенсивность и насыщенность. Аналогично этому мы говорим о процессах познания (интеллект), чувства и воли, хотя знаем, что нет такого психического процесса, которому не были бы свойственны все 3 качества, если даже на первый план выступает то одно из них, то другое. Следовательно, называя какой-нибудь процесс аффективным, при этом абстрагируем нечто - аналогично тому, как рассматриваем цвет независимо от его интенсивности. Всегда нужно ясно сознавать, что процесс, который мы называем аффективным, имеет также интеллектуальную и волевую стороны, которыми мы в данном случае пренебрегаем как незначительным фактором. При беспрестанном усилении интеллектуального фактора и ослаблении аффективного возникает в конце концов процесс, который мы называем интеллектуальным. Таким образом, мы не можем подразделить все психические процессы на чисто аффективные и чисто волевые, а только на преимущественно аффективные и преимущественно волевые, причем могут иметь место промежуточные процессы. Подобный аналитический подход к описанию психопатологических симптомов и синдромов в настоящее время получил развитие в отечественной психиатрии (Циркин С.Ю., 2005). Как и большинство других психологических терминов, слово «чувство» обозначало первоначально нечто чувственное. Оно было равнозначно современному термину «ощущение» и до настоящего времени несет еще в себе отпечаток, свидетельствующий об этом происхождении. Человек чувствует укол, чувствует, как муха ползает по его лицу; человек испытывает чувство холода или такое чувство, что почва колеблется под его

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

ногами. Таким образом, полагает Э. Блейлер, это многозначное слово не может подходить для целей психопатологии. Вместо него предложен практически точный термин «аффективность», который должен служить для выражения не только аффектов в собственном смысле, но и для обозначения легких чувств удовольствия и неудовольствия при всевозможных переживаниях.

В соответствии с преобладанием одного из этих переживаний выделяются гипотимия и гипертимия (от греч. *thymos* - настроение, чувство, желание).

Гипотимия, или депрессия (ранее - меланхолия). Это состояние было известно еще древним врачам и философам, термин «меланхолия» встречается в сочинениях Гиппократа, но был известен и до него. Аристотель в своей книге «Проблемы» задавался «вечным вопросом»: «Почему все выдающиеся люди, известные миру, такие, как Эмпедокл,

Гераклит, Солон и др., страдали меланхолией?» Он сам не смог дать ответа, хотя делал попытки отделить меланхолический темперамент от меланхолии и считал, что это разные состояния.

Уже Аретей из Каппадокии (I в. н.э.) достаточно подробно описал меланхолию и определил ее как «угнетенное состояние души, сосредоточившееся на какой-либо мысли». Сама по себе печальная идея возникает без каких-либо существенных, важных причин, хотя в некоторых случаях не исключает какого-нибудь душевного волнения, предшествующего меланхолии. Больные, по мнению Аретея, сосредоточиваются на какой-либо ложной мысли, между тем как все остальные суждения могут быть совершенно правильными. Содержание болезненной мысли может быть различным: иногда это боязнь отравы, иногда разного рода суеверные страхи, но во всех случаях это приводит к тому, что больные уединяются (сильвестромания), питают отвращение к жизни и страстно мечтают о смерти. Меланхолики, по наблюдениям Аретея, страдают бессонницей, а если и заснут на короткое время, то просыпаются в страхе. Все виды меланхолии, по Аретею, имеют общие черты, что позволяет ему дать им общее определение: «Меланхолия есть подавленное состояние при наличии той или иной неправильной (бредовой) идеи и при отсутствии лихорадки».
Соран вслед за Аретеем симптомы меланхолии делил на 2 группы: психические и физические. К первой он относил печаль, тревогу, страх, нелюдимость, стремление к смерти, подозрительность; ко второй - похолодание конечностей, потливость, тяжесть в голове, похудание, темный или бледный цвет лица.

П. Заккиас (1624) впервые четко отделил меланхолию от мании, указав, что симптомы меланхолии - тоска и неподвижность, а симптомы мании - ажитация и возбуждение. Э. Крепелин, выделив как особую болезнь маниакально-депрессивный психоз, ввел в психиатрию термин «депрессия», который заменил понятие «меланхолия» (1899).

Депрессия, по Э. Крепелину, характеризуется триадой симптомов торможения психической деятельности: аффективным, идеаторным и моторным торможением. В современном понимании депрессия - это угнетенное, пессимистическое, печальное настроение, которое может углубляться до степени выраженного уныния, тоски неопределенным чувством безысходности и какого-то грозящего несчастья, а также физически тягостными ощущениями «душевной боли».

Как полагал И. Глятцель (1982), характерный для типичной эндогенной депрессии комплекс симптомов включает в себя 3 регистра существующей при этом патологии. Первый - психопатологический, включающий в себя триаду торможения Э. Крепелина. Второй - соматовегетативный, с преобладанием симптомов симпатикотонии, третий - биоритмологический, который проявляется изменением суточной и сезонной ритмики с нарушениями сна (раннее пробуждение и др.),

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

утяжелением депрессии в утренние часы и ослаблением в вечернее время, возвращением и обострением депрессии в определенное время года, например осенью и весной, в то время как в летние месяцы могут возникать фазы возбуждения.

Формируясь, депрессия проходит различные стадии развития от легких, объективно не улавливаемых, до резко выраженных, психотических. В соответствии с этим можно говорить о разных типах депрессии. Их варианты достаточно подробно описал Т. Пападопулос (1983), подчеркнув, что в структуре эндогенной депрессии существенно не только возможное углубление триады торможения, но и видоизменение самоощущения и самооценки больных. Начальная стадия депрессии характеризуется изменением самочувствия в виде снижения общего аффективного тонуса, часто с ощущением усталости, слабости, бессилия (астенический компонент), нерезкими соматовегетативными нарушениями с явлениями гиперпатии, возникновением «головных болей», «сердцебиений». Нарушается сон (ранние пробуждения), наблюдается особая сентиментальность, слезливость. Снижение биотонуса проявляется субъективным ощущением скуки, лени, вялости, слабости, хандры, дискомфорта и др. Одни из ранних признаков развивающейся депрессии - утрата чувства радости, неспособность развеселиться, с прежней увлеченностью заниматься любимыми делами. Появляется склонность к пессимистической оценке своих возможностей, наблюдается утрата свойственного этим лицам чувства перспективы, уверенности в себе. Некоторые больные отмечают исчезновение прежних привычек, например, резко бросают курить, иногда это может служить одним из первых признаков депрессии. Тоска или тревога в таких случаях еще недостаточно дифференцированы, периодически больной может ощущать «щемление в груди». Депрессивная окраска статуса начинает проявляться и ослаблением побуждения к общению, эмоциональному контакту, склонностью к уединению. Преобладают субъективные ощущения неясного дискомфорта, хотя явных, объективных, заметных для окружающих признаков депрессии пока нет. Внешний вид, поведение больных, характер их высказываний на людях остаются практически неотличимыми от обычного состояния, к вечеру настроение больных может улучшаться, даже в смысле субъективно ощущаемого возвращения прежней комфортности самочувствия.

Из этого следует, что уже в начальной стадии депрессии представлены все 3 ее регистра: соматовегетативные проявления, снижение аффективного тонуса, а также суточные колебания настроения больных, выраженные, правда, нерезко. Подобные варианты депрессий В. Анфимов (1899) описал как «периодическую лень», «периодическую усталость».

Циклотимическая стадия депрессии сопровождается углублением, нарастанием подавленности; депрессивный аффект становится более отчетливо выраженным, более дифференцированным. Заметнее проявляются все компоненты «депрессивной триады». Это отражается и на субъективных ощущениях и переживаниях больных, сказывается на их внешнем виде и поведении. Многообразные субъективно ощущаемые проявления депрессии сводятся к тягостному самочувствию (телесный дискомфорт), ослаблению яркости эмоциональных реакций, более очевидному снижению побуждений, скованности движений. Голос больных становится приглушенным, менее звучным, теряет полную гамму обертонов; пациенты говорят тише, чем обычно, не сразу подбирают нужное выражение в разговоре [«заржавленность» мышления, по Ю.В. Каннабиху (1914)], что в известной мере затрудняет легкость и естественность общения. Субъективно многие из больных отмечают «обеднение речи», представителям творческих профессий труднее становится писать, музыканты испытывают затруднения при игре на скрипке, фортепиано («руки не слушаются, как прежде», «подводит техника» и т.д.). Очевидными становятся главные симптомы депрессии: на передний план выступает сниженное настроение, которое ощущается как явная «тоска», возникает смутная

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

тревога, еще больше мешает телесный дискомфорт, более заметно снижение побуждений. «Тоска» многими исследователями расценивается как явление депрессивной гиперестезии, которая имеет особый протопатический характер. Несмотря на «телесную проекцию тоски» (область груди, эпигастрия, т.е. «предкардиальная», «надчревная» тоска), подобные ощущения воспринимаются как тягостное психическое расстройство. Феномен «предсердечной тоски» (precordialeangst) был впервые упомянут и обозначен терминологически К. Флемингом (1844) при описании дистимии. С.С. Корсаков называл это расстройство «психической гипералгезией» (1901). Такие расстройства на стадии циклотимической депрессии еще нестойки и непродолжительны. Например, переживание «тоски» может появляться в течение дня в виде недолгих эпизодов от нескольких минут до получаса, реже несколько дольше. У большинства больных развиваются сверхценные образования, которые полностью соответствуют основному гипотимическому аффекту, - идеи стыда, чрезмерного переживания моральной ответственности за свои поступки, сниженная самооценка собственного «я» с мыслями о своей малоценности, неприглядности, непригодности к работе, к семейной жизни, с принижением той роли, которую они играют в глазах окружающих. Но в то же время у пациентов сохраняется контроль за истинным положением реальных дел, они понимают, что в действительности все не так катастрофично, как им рисует воображение в более тяжелые периоды «нахлынувшей тоски». Проявления идеамоторной заторможенности также меняются по своей интенсивности, они становятся заметнее в утренние часы, когда трудно встать, совершить необходимые гигиенические процедуры. В голове у больных преобладает лишь одна мысль: «Как все это тяжело, как все это трудно преодолеть». Требуются значительные усилия, чтобы все-таки начать трудовой день. Тем не менее в течение дня они сохраняют известную энергию, продолжают ходить на работу, выполняют повседневные обязанности, но делают это с напряжением; их продуктивность несколько снижается по сравнению с прежним обычным, нормальным состоянием. На этой стадии депрессии может развиваться избирательная фиксация на одном или нескольких аспектах переживаний больными своей изме-ненности, несостоятельности. В жалобах таких пациентов можно отметить значимые для них проявления соматопсихической неполноценности. Сверхценные опасения и толкования здесь психологически понятны. На этой стадии развития депрессии, как видно из описания, уже существуют все структурные компоненты, которые позволяют предвидеть сущность более глубоких и сложных депрессивных расстройств.
Таким образом, основные проявления циклотимической депрессии характеризуются ослаблением витальных стимулов (побуждений), тягостным (депрессивным, тоскливым, тревожным) настроением, нарушением чувства активного эмоционального участия и реагирования (апатия), депрессивной фиксацией сознания на телесном и физическом неблагополучии, пессимистической направленностью мышления, расстройством действенности психических процессов. При циклотимиче-ской депрессии больные еще в состоянии смотреть на себя как будто со стороны, давать оценку измененности своего состояния, критически его понимать. Очень часто это заставляет самих больных обращаться за помощью, на этом этапе депрессивного расстройства они дают согласие на лечение добровольно.

Меланхолический тип простой депрессии характеризуется углублением всех компонентов циклотимической депрессии. При этом больные говорят об очень сильном чувстве тоски, тревоги, их сочетании (что бывает гораздо чаще), о переживании утраты своих способностей. У них «нет чувств» (психическая долорозная анестезия, «чувство бесчувствия»), «нет желаний», «нет памяти» (резкое торможение ассоциативного процесса), они «полностью окаменели», «поглупели». Сознание наполнено тягостными ощущениями (витальная тоска, невыносимая тревога, чувство сжатости, напряжения), преобладают мысли о полной и окончательной безысходности состояния, разнообразные опасения. Их внутренний

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

мир представляет собой замкнутое пространство тягостных переживаний утраты и изменения присущих обычному здоровому человеку качеств.

При меланхолической депрессии восприятие больными того резкого отличия, которое отделяет их прежнее «я» от настоящего, резко затруднено. Интенсивные проявления общих изменений самочувствия, фиксация на тягостном аффекте, депрессивная деперсонализация с «чувством бесчувствия» при утрате способностей к нормальным эмоциональным переживаниям, общению и деятельности создают условия для развития аффективного депрессивного бреда. В таких случаях у больных уже не обнаруживаются суточные колебания настроения, пациенты переживают невыносимые страдания, определяют свое состояние как невыносимую «пытку», «муку», «беспросветность». Сверхценные идеи малоценности временами перерастают в бредовые утверждения, а при углублении депрессии бредовые идеи становятся устойчивыми.
При классической меланхолии характерен такой внешний вид больных (Дрейфус Г., 1907): застывшая поза с выражением полной безнадежности во всем облике - опущенные плечи, сгорбленная фигура, руки беспомощно опущены либо прижаты к туловищу. Пациенты часами и днями неподвижно сидят на одном и том же месте с опущенной головой, сдвинутыми вместе коленями, прижатыми к туловищу руками, они как будто бы стараются занять как можно меньше места. Цвет кожных покровов бледный, руки холодные, иногда синюшные. Кожа сухая, нередко шелушится, отделение пота задержано. Лицо у таких больных имеет также весьма характерный вид - цвет его бледно-серый, часто с синюшным оттенком в области носа. Тургор кожи заметно понижен, часто образуются морщины, из-за чего кожа становится более дряблой и свисает. Брови сдвинуты к переносице и принимают своеобразное косое положение - обычно внутренний их угол приподнят, а наружный конец опущен. В силу длительного сокращения лобных мышц на лбу формируется подобие буквы «омега». Нередко у больных появляется складка Верагута в связи с изгибом линии брови на границе своей внутренней трети, что приводит к подтягиванию вверх и несколько назад внутренней трети века. Лицо страдальческое, молящее о помощи. Необычен плач меланхоликов - слез нет, лицо остается сухим. Больные судорожно всхлипывают, мимика соответствует плачу, но поскольку слез нет, настоящего плача не получается. В других случаях нет и плачущей мимики, больные как бы застывают в своей мучительной тоске. Глазные яблоки остаются сухими и теряют свой блестящий оттенок. При этом нередко возникают конъюнктивиты. Мигательные движения редки, глаза опущены или взгляд направляется в пространство, так что больные не следят за происходящим вокруг них («глаз меланхолика»). Веки, как правило, опущены, глаза полузакрыты. Нижняя челюсть, углы рта опущены, носовые складки сглажены. Из-за уменьшения слюноотделения слизистая оболочка рта сухая, язык также сухой, шершавый, обложен, нередко с трещинами и фулигинозным налетом (симптом Осипова). Наблюдаются и трещины на губах. Дыхание больных поверхностное, время от времени прерывается глубокими вздохами, а иногда стонами; движения грудной клетки незаметны. Больные в меланхолической стадии депрессии выглядят постаревшими, у них отмечаются повышенная ломкость ногтей, выпадение волос, значительное снижение массы тела. Характерна тенденция к запорам, у женщин нарушается менструальный цикл, часто появляется аменорея. Аппетит утрачен, больные едят через силу.

Речь больных тихая, едва слышимая, односложная; голос глухой, монотонный. Обычно они ни о чем сами не спрашивают, только отвечают на вопросы, часто после продолжительных пауз. При расспросе такие больные отмечают, что испытывают гнетущую беспричинную тоску, которая отличается от той, что бывает при обычном горе, при горестных переживаниях, вызванных конкретными причинами. Приятные сообщения или события не изменяют настроения. Этот признак витальности характерен для меланхолической стадии депрессии. Тоска «давит на грудь», чаще

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

локализуется в области сердца, тревога - за грудиной. Субъективные ощущения при тоске различны - сжатие, сдавливание, резкая щемящая боль, «грудь разрывает», «душа растерзана тоской». Нередко возникают ощущение холода в руках и ногах, шум и тяжесть в голове, вялость и слабость во всем теле. Безысходность, непоправимость - основное чувство, владеющее такими больными.

В некоторых случаях наряду с отчетливым идеаторным торможением, мучительным аффектом тоски в клинической картине временами в виде кратковременных эпизодов возникает беспричинная тревога. В такие минуты на лице больных появляется напряженное выражение, губы сжимаются, глазные щели и зрачки расширяются, больной молчит или же изредка выдавливает сквозь стиснутые зубы отдельные мучительные стоны. Иногда такое состояние может перейти в меланхолический взрыв, меланхолический раптус с бурным аффектом ужаса и отчаяния; больные громко кричат, стенают, рыдают, рвут на себе волосы, одежду, калечат себя, заламывают руки, кусаются, бьются головой о стену, катаются по полу и др. Несмотря на то что у больных с тревожно меланхолическим состоянием замедление темпа речи может дойти до стадии мутизма, полного ее отсутствия, их все же можно отличить от типичных меланхоликов по следующим признакам: напряженному взгляду, застывшей, напряженной мимике, но без выраженной скорби, и т.д. Если такой больной произносит хотя бы несколько слов, они вырываются с усилием, как бы преодолевая мучительное препятствие, в то время как при истинной тоскливой меланхолии каждое слово произносится медленно и монотонно. При тревожно-меланхолической депрессии умственно-речевая и моторная заторможенность отсутствует или же выражена слабо. Гнетущее чувство тоски находится в своеобразном сочетании с тревогой, причем подобные сочетания тоски и тревоги могут наблюдаться в разных пропорциях. В одних случаях тревога возникает в виде коротких приступов на фоне угнетенного настроения, в других - и тревога, и тоска сосуществуют в равной степени. Больные обычно различают эти 2 отрицательных аффекта, но не всегда могут сказать, какой из них доминирует. Иногда при наличии достаточно различимых колебаний в состоянии больных тревога может сменять во второй половине дня чувство тоски, возникая в виде коротких приступов тревожных опасений за свое здоровье при воспоминании о болезни, бессонной ночи или ожидающего больного утром мучительного состояния. В некоторых случаях психическая заторможенность по сравнению с другими компонентами депрессии, включая моторную заторможенность, может быть чрезмерно выражена. Распознавание депрессии при этом может быть затруднено, особенно в позднем возрасте, состояние производит впечатление псевдодементного: бросаются в глаза своеобразная растерянность, невозможность получить информацию о болезненных переживаниях и изменении настроения, ошибки в простых арифметических действиях. У некоторых больных подобная симптоматика настолько очевидна, что возникает вопрос о возможности грубого органического поражения головного мозга. Однако тщательный анализ особенностей начальных этапов развития депрессии и динамика состояния убеждают в отсутствии признаков деменции, в то время как депрессивные проявления общего аффективного и интеллектуального торможения, вспышки тревоги, наличие соматовегетативных симптомов подтверждают наличие меланхолической депрессии.

Дальнейшее углубление и усложнение депрессии приводят к формированию бредовой психотической депрессии. Бредовые идеи в таких случаях находятся в полном соответствии с тем аффективным состоянием, которое составляет основу меланхолической картины. Поэтому у подобных больных бредовые идеи носят такой же мрачный, гнетущий характер, как и переживания - это идеи самоуничижения, самообвинения, гибели, разорения, греховности, ипохондрические идеи. Больные обвиняют себя в преступлениях, которых никогда не совершали, считают себя

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

виновниками несчастий других, грешниками, которые должны ожидать справедливого возмездия, заслуженной кары.

Чаще всего в клинической картине присутствует бред самоуничижения и самообвинения. Больные считают себя ни к чему не пригодными, ни на что не способными, им кажется, что они поглупели, превратились в слабоумных идиотов, сделались ничтожными, гадкими, противными, вообще достойными всеобщего презрения людьми, от которых все стараются отвернуться с омерзением и негодованием. Они обвиняют себя в самых ужасных преступлениях, вменяют себе в вину погибель целой семьи, всех знакомых, а может быть, даже всего мира (бред громадности Котара). Когда-либо совершенный ничтожный проступок больные раздувают до степени тяжелого преступления, но чаще обвиняют себя в мнимых преступлениях. То они винят себя, что были нерадивы в занятиях и допускали упущения в работе, то обвиняют себя в подлогах, в том, что послужили причиной гибели другого человека, то приносят повинную в воровстве, убийстве, других тяжелых преступлениях.
Больные говорят, что их нужно казнить, повесить, предать самым ужасным пыткам, чтобы смертью своей они смогли искупить вину, поскольку нет людей более ужасных и негодных, чем они. Некоторые больные при этом не подпускают к себе врачей и окружающих на близкое расстояние, уверяя, что они (больные) настолько преступны, что всякое соприкосновение и разговор с ними уже само по себе есть нарушение человеческих отношений и может осквернить, опорочить собеседника. Одни больные постоянно твердят о своих мнимых преступлениях, надоедают окружающим, постоянно винясь перед ними, другие молчаливо ждут наказания и упорно отказываются назвать, в чем они считают себя виновными, так как уверены, что их «дело» уже определилось и всякие разговоры по этому поводу бессмысленны, излишни. Встречаются и такие больные, которые испытывают только чувство своей виновности, но определенного толкования этому чувству не могут дать (в таких случаях бред еще не сложился, не достиг кульминации).

Близко к депрессивному бреду самообвинения стоит бред греховности. Бредовая меланхолия такого рода характеризуется убеждением больных в том, что они грешники, недостойны пищи, питья и одежды. Им кажется, что своими грехами они погубили себя и своих детей, что грехи настолько велики, что тяжелым гнетом лягут на все их поколения. Больные винят себя в том, что не соблюдали посты, редко ходили в храм, если и посещали церковь, то держали там себя недостойно и несосредоточенно, забывали молитву или произносили ее не совсем правильно. Во многих случаях такие больные «задним числом», т.е. уже во время болезни, вспоминали какой-нибудь ничтожный проступок религиозного характера и строили на нем целую картину обвинения себя в грехе и богоотступничестве. Эти грехи, по убеждениям больных, настолько велики, что не простятся им ни в теперешней, ни в будущей жизни. Они достойны вследствие греховности лишь самой тяжелой небесной кары; из-за совершенных «прегрешений» позор ляжет на весь мир, могут погибнуть все люди. Свои тяжелые душевные страдания больные объясняют мучениями совести из-за «содеянного». Единственная надежда при этом связывается с искуплением греха - пост и постоянная молитва с обращением к Всевышнему. Многие больные при наличии меланхолического бреда считают себя недостойными жить, упорно стремятся свести счеты с жизнью.
Однажды, упавши в обморок в одном из собраний, мне показалось, что я сделал это из притворства. Шум в печке я принимал за барабанный бой и думал, что приходят солдаты, чтобы взять меня; несколько позже мне казалось, что я вижу эшафот, на котором меня должны растерзать в клочки; страх перед казнью продолжался постоянно. Все окружающие меня казались красивее и блестящее, нежели обыкновенно люди, разумнее и лучше, а самого себя я видел в какой-то страшной глубине и считал себя неспособным более ни к чему. Только на несколько моментов я

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

полагал, что, может быть, еще возможно для меня спасение, а затем следовала еще большая печаль. Состояние мое к концу болезни я не могу вернее описать, как состояние пробудившегося от тяжелого сновидения, который не вдруг может убедить себя, что все это был только сон».

Г. Шуле (1880) приводит пример меланхолии с бредом греховности и одержимости:

Больная девушка, 28 лет, поступила в клинику вследствие глубокой тоски. Она считает себя величайшей грешницей, какой еще и на свете до сих пор не было. В нее вселился дьявол; она помнит, как это случилось; будучи в церкви, она вдруг почувствовала, что в нее что-то вошло и поместилось в подложечной области. Это вошло потому, что в церкви она думала о грешном, а также было послано ей за прежние грехи. С тех пор не чувствует покоя, в «ней сидит дьявол, временами движет хвостом, ей лучше умереть, чем так мучиться».

При исследовании больной оказалось, что у нее невралгия межреберных нервов: давление на места, соответствующие IV-VII межреберному нерву, вызывает сильную боль.

Депрессии непсихотического уровня встречаются также и в общемедицинской практике. К их достаточно типичным вариантам относятся следующие.
Витальная депрессия (Шнайдер К., 1959) в клинике аффективных расстройств непсихотического уровня обычно проявляется невыраженными признаками меланхолии с беспричинным пессимизмом, унынием, подавленностью. В статусе больных обнаруживается большинство соответствующих суточному ритму проявлений, таких как тоска, тревога, чувство вины. В отличие от «большой» депрессии эти расстройства не столь стойки и продолжительны. Например, чувство тоски может проявляться периодически на протяжении дня лишь в виде кратковременных эпизодов (от нескольких минут до получаса). Хотя в отдельных случаях в картине болезни формируются сверхценные образования, соответствующие депрессивному знаку аффекта; обычно заниженная самооценка с представлениями о собственной никчемности, непригодности к профессиональной деятельности или семейной жизни не достигает уровня овладевающих представлений и сосуществует с конкурирующими идеями, которые отражают реальное положение дел. Признаки идеамоторного торможения могут достигать достаточной выраженности с максимумом в утренние часы. Все же на протяжении дня сохраняется известная активность, большинство больных продолжают работать, хотя и с трудом, но выполняют свои обязанности.

Апатическая депрессия. В клинической картине преобладают снижение побуждений и падение жизненного тонуса. Сохраняющаяся активность позволяет скрывать наступившие изменения (внешний образ жизни существенно не меняется), но все поступки как будто лишаются внутреннего смысла, совершаются «по привычке», в силу необходимости. Апатический аффект лишен выразительности, при этом отмечаются обеднение мимики, монотонность речи, замедленность движений, иногда достигающая уровня акинезии. Депрессия начинается с появления чувства отрешенности от прежних желаний, отмечаются безучастность ко всему окружающему и собственному положению, отсутствие заинтересованности в результатах своей деятельности. Изменившееся самоощущение резко отличается от того, что было до болезни. При этом суицидальные мысли наблюдаются достаточно редко. При апатической депрессии в отличие от тоскливой витальные расстройства, сопряженные с явлениями отчуждения, лишены признаков гиперестезии. Доминируют ощущения внутреннего дискомфорта, безысходности, что сочетается с вялостью. На первый план выдвигается мрачная угнетенность, связанная с осознанием произошедших изменений в аффективной жизни.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Анестетическая депрессия (Шефер А., 1880) определяется преобладанием отчуждения эмоций, распространяющихся на межличностные отношения (утрата эмоционального резонанса), и явлений внешнего мира, анестезией соматических функций (изменение телесной перцепции, общего чувства тела, отчуждение соматочувственных влечений: чувство сна, голода, насыщения, жажды; утрата либидо, потенции). Депрессивное отчуждение может приобретать генерализованный характер с картиной болезненного бесчувствия («психическая долорозная анестезия»), мучительного осознания утраты эмоций. У больных нет ни настроения, ни скуки, ни желания, ни чувств к своим родным и даже детям; происходящее вокруг не находит отклика в душе и эмоциях, все кажется неестественным, чужим, измененным, отдаленным. Чаще наблюдаются легкие варианты депрессивной дереализации (см. главу 8 «Патология сферы самосознания. Деперсонализация»). Отчуждение в этих случаях ограничивается явлениями «неистинности эмоций», «их неискренности» (Шильдер П., 1918). Доминирует чувство изменения эмоциональной сопричастности к внешним проявлениям жизни. Соматопсихическая деперсонализация в данном случае исчерпывается меняющимся нестойким искажением телесной перцепции с проекцией на отдельный орган или функцию.

Расстройства самосознания с преимущественным вовлечением иде-аторной сферы протекают с картиной моральной анестезии (Фальре Ж., 1854; Смулевич А.Б., 1997). У больных преобладает сознание неудовлетворенности собственной психической деятельностью, «морального уродства» из-за утраты четкости логического мышления. Проявления моральной анестезии носят ограниченный характер, не распространяются на сферу чувств и часто сочетаются с показной склонностью к драматизации своего состояния. Хотя уровень отчуждения и неглубок, больные фиксированы на необратимости наступивших изменений. Проявления моральной анестезии отличаются нестойкостью и полностью обратимы по мере обратного развития депрессии. При этом существует и ангедония с утратой чувства наслаждения, способности радоваться, испытывать удовольствия. И.И. Лукомский (1964) приводит следующий случай, демонстрирующий особенности формирования различных по степени тяжести депрессий, в том числе и с проявлениями «витальности».

Больная Л., 49 лет, врач-офтальмолог. Поступила в психоневрологическую больницу им. П.Б. Ганнушкина № 4 в июле 1955 г. Известно, что у отца наблюдались выраженные колебания настроения. Росла и развивалась правильно, была общительной, живой, активной, веселой, деятельной, но легкоранимой и впечатлительной. Хорошо училась, закончила среднюю школу, медицинский институт. До настоящего заболевания ничем не болела. Замужем с 23 лет, имеет сына, больного психическим заболеванием. Месячный цикл прекратился в возрасте 48 лет. В возрасте 17 лет без внешнего повода возникло подавленное настроение, сопровождавшееся упорной бессонницей. Эти явления продолжались в течение 3 мес и исчезли самостоятельно без лечения. Второй приступ, более тяжелый, развился в возрасте 24 лет, также без внешнего повода, сопровождаясь выраженной тоской с суицидальными мыслями, упорной бессонницей. И это состояние обошлось без лечения через 4 мес. В последующие годы резко очерченных во времени колебаний настроения не отмечалось до 48-летнего возраста. Больная успешно работала, пользовалась любовью и уважением коллектива. С весны 1954 г. началось постепенное ухудшение самочувствия, по времени совпавшее с тяжелой болезнью сына. Больная много плакала, утратила сон и аппетит. Стало трудно работать, нарастали тоска, тревога, внутреннее беспокойство с безотчетными опасениями. В связи с этим больная была стационирована. В соматическом состоянии при поступлении отмечается склонность к ожирению. Границы сердца расширены влево, тоны приглушены. Запоры, пониженный аппетит. В данных лабораторных исследований отмечена на высоте депрессии гипергликемия (сахар в крови натощак

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

133 мг%). В неврологическом состоянии симптомов органического поражения не выявлено.
Психическое состояние. Сознание ясное. Больная тревожна, ажитиро-вана, стискивает зубы, заламывает руки, тихо стонет. Глаза широко открыты, лицо с застывшим страдальческим выражением. Речь тихая, с паузами. Жалуется, что у нее «внутри все сжато», «тоска отчаянная лежит камнем на сердце». Она чувствует, как «слабеет сердце, уходят силы и приближается конец». Жалуется на мучительную бессонницу: не спит «ни минуты». Это «невыносимо», больная чувствует, что «гибнет физически, так как клетки коры не могут вынести такого напряжения». Просит «активно» вмешаться в ее состояние, помочь ей «выбраться» из болезни, но тут же с выражением безнадежности заявляет, что врачи бессильны что-либо для нее сделать, не в их силах облегчить ее состояние и что положение ее безнадежно. Заявляет, что из-за нее семья ее разрушена и обречена на жалкое существование, что мужа уволили с работы, ему грозит какая-то беда. Обвиняет себя в том, что своей болезнью причиняет страдания близким, что только она повинна в заболевании сына, что является источником всех крупных и мелких неприятностей для семьи. Отмечает, что ничем не может заняться, что мысли поглощены только болезнью, что она потеряла надежду на выздоровление. В своем будущем не видит просвета. Жизнь кажется страшным кошмаром, сплошными страданиями. Часто высказывает суицидальные мысли. В отделении много лежит в постели или ходит со стенаниями по коридору. Движения замедлены, передвигается мелкими шагами. Не вступает в общение с другими больными. При обращении к ней просит умоляющим тоном о принятии мер, так как такую муку еще не выдерживал ни один человек. Она погибнет, и ее надо, пока не поздно, спасти. В состоянии больной отмечались колебания, заметные даже в пределах одного дня. По утрам обычно тоска более выражена. Иногда с трудом решается подняться с постели - страшит наступающий день. Иногда с тревогой следит за выполнением лечебных процедур, высказывает опасение, что при произведенной инъекции допущена ошибка в расчете дозы препарата, что умрет, не повидав своей семьи. В середине дня становится несколько спокойнее.

В течение длительного времени сохранялась депрессия, на фоне которой отмечались дневные колебания в состоянии. Применение аминазина (в суточной дозировке до 300 мг) не дало терапевтического эффекта. Оставалась тоскливой, тревожной, не находила себе места, часто плакала. Была назначена инсулинотерапия; в начале курса лечения с трудом удерживалась в постели, порывалась встать, тяжело вздыхала, стонала. С повышением доз инсулина до достижения глубоких гипогликемических состояний и первых шоков стала заметно спокойнее, улыбалась, отмечала, что тоска проходит. Речь и движения стали быстрыми, мимика живой. Строила планы на будущее, собиралась вернуться к работе. В конце курса лечения настроение стало приподнятым, с оттенком эйфории, бурно высказывала радость по поводу того, что прошла тоска. При посещениях родными и знакомыми была оживлена, расспрашивала о домашних делах, давала советы. Много и охотно читала. Исчезли запоры, гипергликемия. 23 октября 1955 г. была выписана на работу. По катамнестическим данным, последующие 8 лет оставалась в хорошем состоянии, вернулась к прежней работе, с которой успешно справлялась. С начала сентября 1963 г. состояние постепенно стало ухудшаться. Вновь появилась тоска, но с более выраженными проявлениями тревоги по сравнению с предыдущим приступом заболевания. Снова появилась гипергликемия (сахар в крови натощак 150 мг%).

Клинический анализ. У больной, среди членов семьи которой отмечена склонность к колебаниям настроения, в 17- и 24-летнем возрасте возникли без внешнего повода резко очерченные во времени депрессивные фазы длительностью до 3-4 мес, не оставив после себя какого-либо дефекта. Третий приступ возник после психической травмы (болезнь сына). Однако, хотя психотравматизирующее событие нашло в какой-то мере отражение в высказываниях больной, все же структура клинической

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

картины, носящей характер витальной тоски с рядом соматических проявлений (гипергликемия, запоры, потеря аппетита), не укладывается в рамки психогенных переживаний и обнаруживает циркулярную природу.

В пользу последнего говорит структура личности больной - синтонной, со склонностью к колебаниям настроения. Хотя 3-й и в особенности 4-й приступы заболевания, отмеченные уже в возрасте обратного развития, и носят на себе некоторую печать инволюции в виде тревожной окраски депрессивных переживаний, циркулярная природа депрессии не оставляет сомнений. Особенно характерны в этом отношении волнообразность течения и тип выхода из депрессивной фазы через легкое гипоманиакальное состояние, что несвойственно инволюционной депрессии.

Упомянутые выше легкие возрастные наслоения носят лишь фрагментарный характер с отсутствием всего комплекса явлений, составляющих картину инволюционных психозов. В целом клиническая картина характерна для циркулярной депрессии.

Маскированные депрессии (Kielholz P., 1973), обозначаемые также как «скрытые», «ларвированные», либо как «тимопатические (депрессивные) эквиваленты» (Lopez Ibor J.J., 1973), либо «алекситимические депрессии». Как следует из последнего определения, в ряде случаев пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства. Иногда они убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого заболевания и настаивают (предполагая некомпетентность врача) на многочисленных обследованиях в медицинских учреждениях непсихиатрического профиля. Вместе с тем при активном расспросе пациента удается выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающей по утрам необычной грусти, уныния, безразличия и отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях. По признаку доминирующих феноменов, которые чаще бывают изолированными, выделяют и варианты маскированных депрессий.

6.1. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МАСКИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЙ

«Маски» в форме психопатологических расстройств:

• тревожно-фобические (генерализированное тревожное расстройство, панические атаки, агорафобия);

• обсессивно-компульсивные (навязчивости);

• ипохондрические;

• неврастенические.

«Маски» в форме нарушения биологического ритма:

• бессонница;

• гиперсомния.

«Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:

• синдром вегетососудистой дистонии, головокружение;

• функциональные нарушения внутренних органов;

• нейродермит, кожный зуд;

• анорексия, булимия;

• импотенция, нарушения менструального цикла. *«Маски» в форме алгий:*

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

• цефалгии;

• кардиалгии;

• абдоминалгии;

• фибромиалгии;

• невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит);

• спондилоалгии;

• псевдоревматические артралгии.

«Маски» в форме патохарактерологических расстройств:

• расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания);

• антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии).

С целью квантификации депрессий вводятся различные шкалы, из которых наиболее удобной является шкала Гамильтона. Ниже приводим ее в полном объеме.

Шкала М. Гамильтона (1967) для оценки депрессии

1. Депрессивное настроение (подавленность, безнадежность, чувство собственной малоценности):

0 - отсутствует;

1 - выражается только при прямом вопросе;

2 - высказывается в жалобах спонтанно;

3 - определяется не вербальным выражением, а посредством наблю-

дения: мимика, поза, голос, плаксивость;

4 - пациент выражает ТОЛЬКО ЭТИ ЧУВСТВА, как в спонтанных высказываниях, так и невербально.

2. Чувство вины:

0 - отсутствует;

1 - самоуничижение; пациент считает, что подвел других;

2 - идеи собственной виновности или мучительные размышления о прошлых ошибках или грехах;

3 - настоящее заболевание расценивается как наказание; бредовые идеи виновности;

4 - вербальные галлюцинации обвиняющего и осуждающего содержания и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания.

3. Суицидальные намерения:

0 - отсутствие;

1 - чувство, что жить не стоит;

2 - желание смерти или мысли о возможности собственной смерти;

3 - суицидальные высказывания или жесты;

4 - суицидальные попытки (любая серьезная попытка оценивается как «4»).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

4. Ранняя бессонница:

0 - отсутствие затруднения при засыпании;

1 - жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более получаса);

2 - жалобы на невозможность заснуть каждую ночь.

5. Средняя бессонница:

0 - отсутствует;

1 - жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи;

2 - многократные пробуждения в течение ночи; любой подъем с постели оценивается как «2» (исключая физиологические потребности).

6. Поздняя бессонница:

0 - отсутствует;

1 - раннее пробуждение утром с последующим засыпанием;

2 - окончательное раннее утреннее пробуждение.

7. Работоспособность и активность:

0 - отсутствие трудностей;

1 - мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью (работой или хобби);

2 - утрата интереса к деятельности, выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии для того, чтобы приступать к работе или проявить активность);

3 - уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности. В условиях стационара оценка «3» выставляется, если активность пациента проявляется в течение не менее 3 ч в день (работа в стационаре или хобби);

4 - отказ от работы вследствие настоящего заболевания; в стационаре оценка «4» выставляется, если пациент вообще не проявляет активности или не справляется даже с рутинной бытовой деятельностью без посторонней помощи.

8. Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности):

0 - нормальная речь и мышление;

1 - легкая заторможенность в беседе;

2 - заметная заторможенность в беседе;

3 - выраженные затруднения при проведении опроса;

4 - полный ступор.

9. Ажитация (тревожное возбуждение):

0 - отсутствует;

1 - беспокойство;

2 - беспокойные движения руками, теребление волос и пр.;

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

3 - подвижность, неусидчивость;

4 - постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ.

10. Психическая тревога:

0 - отсутствует;

1 - субъективное напряжение и раздражительность;

2 - беспокойство по незначительным поводам;

3 - тревога, отражающаяся в выражении лица и речи;

4 - страх, выражаемый и без расспроса.

11. Соматическая тревога (физиологические проявления тревоги: гастро-интестинальные - сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка; сердечно-сосудистые - сердцебиение, головные боли; дыхательные - гипервентиляция, одышка; учащенное мочеиспускание; повышенное потоотделение):

0 - отсутствует;

1 - слабая;

2 - средняя;

3 - сильная;

4 - крайне сильная.

12. Желудочно-кишечные соматические симптомы:

0 - отсутствуют;

1 - утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения; чувство тяжести в животе;

2 - прием пищи только с упорным принуждением; потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов.

13. Общие соматические симптомы: 0 - отсутствуют;
1 - тяжесть в конечностях, спине или голове; боли в спине, голове, мышечные боли; чувство утраты энергии или упадка сил;

2 - любые резко выраженные симптомы.

14. Генитальные симптомы:

0 - отсутствуют;

1 - слабо выраженные - утрата либидо;

2 - сильно выраженные менструальные нарушения.

15. Ипохондрия:

0 - отсутствует;

1 - поглощенность собой (телесно);

2 - чрезмерная озабоченность здоровьем;

3 - частые жалобы, просьбы о помощи и пр.;

4 - ипохондрический бред.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

16. Потеря массы тела (оценивается пункт либо «А» либо «Б»). А. По данным анамнеза:

0 - отсутствие потери массы тела;

1 - вероятная потеря массы тела в связи с настоящим заболеванием;

2 - явная (со слов пациента) потеря массы тела;

3 - не поддается оценке.

Б. Если изменения массы тела имеют место еженедельно и регистрируются в настоящее время:

0 - потеря массы тела менее 0,5 кг в неделю;

1 - потеря 0,5 кг в неделю;

2 - более 1 кг в неделю;

3 - не поддается оценке.

17. Критичность отношения к болезни:

0 - осознание, что болен депрессией или каким-либо заболеванием;

1 - осознание болезненности состояния, но отнесение этого за счет плохой пищи, климата, переутомления на работе, вирусной инфекции, потребности в отдыхе и пр.;

2 - полное отсутствие осознания болезни.

18. Суточные колебания.

А. Уточните, когда симптомы выражены в более тяжелой форме, утром или вечером. Если суточных колебаний нет, отмечайте 0 баллов:

0 - отсутствие колебаний;

1 - ухудшение утром;

2 - ухудшение вечером.

Б. Если имеются суточные колебания, оцените их выраженность. При отсутствии колебаний отмечайте пункт «отсутствуют»:

0 - отсутствуют;

1 - слабые;

2 - сильные.

19. Деперсонализация и дереализация (например, ощущение нереальности окружающего):
0 - отсутствуют;

1 - слабые;

2 - умеренные;

3 - сильные;

4 - непереносимые.

20. Параноидные симптомы:

0 - отсутствуют;

1 - подозрительность;

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

2 - идеи отношения;

3 - бред отношения и преследования.

21. Обсессивные и компульсивные симптомы:

0 - отсутствуют;

1 - легкие;

2 - тяжелые.

При интерпретации данных необходимо помнить, что 9 пунктов (1-3, 7-11, 15) оцениваются от 0 до 4 баллов; 6 пунктов, в которых переменные не могут быть выражены количественно, оцениваются качественно от 0 до 20 баллов. Последние 4 пункта не измеряют выраженность депрессии. Максимально возможный общий балл составляет 52 и соответствует крайней степени тяжести депрессивного синдрома. Сумма баллов от 0 до 7 свидетельствует об отсутствии депрессии. Суммарные значения для малого депрессивного эпизода составляют 7-16 баллов; нижнее граничное значение для большого депрессивного эпизода - свыше 16 баллов (Guelfi G.D., 1993).

Гипертимия (мания, от греч. *mania* - сумасшествие, неистовство) представляет прямую противоположность депрессии.

Характерные черты гипертимии, маниакального состояния - повышенное (экспансивное) настроение, ускорение течения идей, ассоциаций, а также двигательное возбуждение. Эта «триада» основных симптомов, так же как и депрессивная «триада» аффективности, обнаруживает разную степень выраженности по интенсивности проявлений и различных комбинаций пропорций внутри отдельных своих компонентов.

В одних случаях преобладает повышенное настроение, в других на первый план выступает ускорение ассоциативного процесса, но может преобладать и двигательное возбуждение.

«Мания без мании» характеризуется тем, что ведущим симптомом считается двигательное возбуждение без повышения скорости течения ассоциаций. Концентрация внимания не нарушена, но продуктивность мышления снижена. Такие больные подвижны, разговорчивы, много жестикулируют, легко знакомятся, вступают в контакты. Отмечается повышенная активность, что характерно для любой мании, но явно выступает сверхценное отношение к своей деятельности. Собственно маниакальная аффективность отличается невыразительностью, неяркостью. Свойственное таким больным ощущение полноты физического благополучия и комфортности не сопровождается чувством радости и веселья; наоборот, проявляется раздражительность или даже гневливость. Имеется переоценка собственных возможностей, но это выражается лишь в некотором преувеличении происходящих событий. Нарушения соматовегетативных функций незначительны, проявляются в нарушении сна (ранние пробуждения, но без чувства усталости и разбитости), незначительном повышении аппетита (Морозова М.А., 1989).
Мания циклотимического регистра (гипомания) характеризуется повышением физического и психического тонуса, появлением чувства бодрости, физического и психического благополучия, хорошим настроением, оптимизмом. Все психические процессы (восприятие, мышление, запоминание) протекают легко, плавно. При этом отмечается стремление к энергичной деятельности. Больные просыпаются бодрыми (после глубокого, но короткого сна), сразу берутся за свои привычные дела или легко начинают новые, не испытывая никаких колебаний и волнений. В таком состоянии они обычно успешно справляются с учебой, проявляют завидную инициативу в работе, в

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

семейных делах, в компании за праздничным столом, охотно шутят, веселятся и заражают весельем других. При этом всегда наблюдается повышенная самооценка. Несмотря на большую затрату энергии, у больных нет чувства усталости, они не считаются с мнением окружающих, могут быть шумными, нарушают покой других. Спят они мало, но не теряют своей огневой боевитости и задора. Аппетит у них повышен, пульс учащен. Лицо выражает удовольствие [«мимика удовольствия», по И. Сикорскому (1910)] - глаза блестят, взгляд искристый, кожа розовая, иногда красноватая, гладкая, складки разглаживаются, легко появляется улыбка; больные выглядят помолодевшими.

Простая мания - следующий этап развития эндогенного маниакального состояния. Здесь все проявления мании становятся совершенно очевидными, отчетливыми. Свое самочувствие больные называют «отличным», «замечательным», «прекрасным», «праздничным», «великолепным», настроение - жизнерадостным. Они поют, шутят, пританцовывают, ощущают прилив неиссякаемой энергии, испытывают жажду неутомимой деятельности. Самооценка еще более повышается - они талантливы, могут писать стихи, сочинять музыку, могут справиться с любой работой, любым заданием. Внешние проявления мании также довольно демонстративны, ярки; больные выглядят оживленными и радостными, празднично-восторженными, экспансивными, задорными, громко смеются по незначительному поводу, легко острят, шутят, наряжаются празднично, по моде, много говорят, жестикулируют. Они постоянно чем-то заняты, выдумывают что-то новое, что-то делают, однако ничего не доводят до конца. Дома активно занимаются переустройством быта, покупают новые вещи, мебель, затевают перестановки, ремонт, покупают новую одежду, преподносят подарки, часто даже малознакомым людям, проявляют особую щедрость, быстро растрачивают деньги, легко залезают в долги, одалживают деньги у знакомых, говорят о том, что хотят всем делать добро. Хотя стремление к деятельности в таких случаях значительно повышено, продуктивность почти всегда снижается. Отвлекаемость, легкое возникновение новых идей, замыслов, планов, недостаток терпения и последовательности мешают больным выполнять то, что задумано, а порой и даже привычные обязанности.
Темп мышления ускорен, ассоциации возникают чаще по внешним признакам - то, что попадает в поле зрения, в сферу внимания, легко вызывает ответный всплеск размышлений и высказываний на соответствующую тему. В общении с людьми заметно снижается присущая им ранее деликатность, тактичность, обнаруживается склонность к фамильярности. Почти всегда усиливается сексуальность, попытки к интимному сближению подчас следуют одна за другой, при этом жена или подруга сама подчас вынуждена обратиться к врачу-сексопатологу за советом по поводу коррекции сексуального поведения. Больные легко вступают в любовные связи, много и не к месту говорят на эротические темы, устраивают застолья по ничтожному поводу или без всякого повода, пускаются в загулы, кутежи, многие начинают злоупотреблять алкоголем. Все же на этой стадии способность к самоконтролю еще в значительной степени сохранена, в поведении и поступках больных достаточно отчетливо проявляются их личные осо бен ности.

Высказывания больных, их поведение сохраняют рамки беспечно-оптимистических, носящих сверхценный характер. Бредовых высказываний нет. Многие из больных продолжают осознавать (правда, не постоянно) необычность состояния и соглашаются принимать лекарства. Проявления моторной гиперактивности и повышенная самооценка со сверхценными стремлениями свойственны клинической картине и в более развернутых маниакальных состояниях, но тогда они резче выражены.

Психотическая мания. Больные на этой стадии развития мании резко возбуждены, говорят без умолку охрипшим голосом, громко хохочут, поют, декламируют, рифмуют,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

бурно и громко приветствуют всех встречных, а если находятся в больнице, приветствуют врачей, персонал, громко восторженно комментируют происходящее вокруг, во все вмешиваются, держат окружающих в напряжении. Они сочиняют стихи, пишут любовные письма врачам, предлагают самые необыкновенные нововведения в разных областях жизни, излагают грандиозные планы своих действий, собираются стать знаменитыми учеными, политиками, миллионерами, говорят о возможности свершения ими открытий, которые перевернут весь мир. Недостаток образования и профессиональной подготовки их совершенно не смущает: все кажется доступным, легко преодолимым. Они считают себя самыми счастливыми, самыми умными и красивыми, могут осчастливить всех, весь мир заставят говорить о себе. Такой беспредельный оптимизм ни в коей мере не омрачается их действительным положением и состоянием (например, пребыванием в стенах психиатрической больницы, сложным материальным положением, соматическими болезнями и др.). Идеаторное возбуждение становится также резко выраженным, мысли «бегут», «несутся как вихрь» *(fuga idearum),* они говорят о «скачке мыслей». Ассоциации возникают мгновенно, постоянно вспыхивают все новые и новые идеи, в этом потоке одни мысли обгоняют другие.
При еще более резком обострении маниакального возбуждения мышление ускоряется настолько, что может возникнуть маниакальная спутанность, речь производит впечатление бессвязной, она не успевает за вихрем ассоциаций. Внимание устремлено на все, что происходит вокруг больного (реплики, комментарии), ничто не остается незамеченным. Активное участие больного во всем, что происходит рядом с ним, создает обстановку веселья, но одновременно вызывает напряжение, при нарастании возбуждения больные становятся циничными, сексуально расторможенными, обнажаются, могут быть грубыми, агрессивными (неистовая мания, брутальная мания, гневливая мания).

Вот образцы бессвязной речи маниакальных больных, которые приводит Ф.Е. Рыбаков (1914) как показатель крайних проявлений ассоциативного возбуждения.

I. «Знаю Алексея Чиркунова, дураков, батраков, Шмитов, чертей полосатых...

Он лектор, директор, он Штраус, ус... проштрафился... он Меркурий, Млечный путь... звезды золотые, серебряные... князь Серебряный... Я княгиня Шаховская, Желиховская... Женя, Оля, Коля... Колесов... Колосов... колос ржи... Розалия... Роза, Розанов, Чичиков... Мертвые души, Живой труп, все писатели... Я писала Евгению, а попало Андрею. Андрею Протасову... Протасовы протаскали сквозь игольные уши... Уши да глаза. Анютины глазки. Меня сглазили».

II. «Деревня Анна, Феодора, Дорогобужского, Смоленского... Он крестный, я же крестница, когда имел, м е л, писал доску... Кукареку, станция Петушки... Завод, развод, ужи да чижи.» и т.д.

Интеллектуальная сфера больных в маниакальном состоянии не обнаруживает грубых формальных расстройств. Все же в результате крайней отвлекаемости внимания их мышление приобретает особый характер, для обозначения которого В. Яррайс (Jahrreis W., 1928) предложил особый термин - «пространное, расплывающееся мышление». По мнению В. Яррайса, для него типично, что при сохранности основной цели в процессе мышления всплывает множество подобных мыслей, слабо связанных с основной задачей. В результате мышление становится поверхностным.
Память в стадии нерезко выраженной гипомании и непсихотической мании не только не страдает, но даже становится более обостренной, что проявляется в облегченном воспроизведении событий, прочитанных текстов. Это характерное явление считается типичной для мании гипермнезией (в отличие от гипомнезии при депрессии).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Мания с бредом характеризуется появлением на высоте возбуждения бредовых идей величия, тесно связанных с аффектом, повышенным фоном настроения и самочувствия. Соответственно этому содержание бреда обычно связано с переоценкой собственной личности - это убеждение в наличии у больных необычайных способностей и дарований, возможности совершения выдающихся открытий, изобретений. Их идеи конкретны, обращены к реальности, имеется параллелизм между содержанием и стойкостью бреда и фоном настроения. Обратное развитие бреда соответствует снижению аффективного возбуждения, происходит постепенно. Бред отношения отсутствует, не бывает псевдогаллюцинаций, явлений психического автоматизма.

Особенности маниакального аффекта и его динамики при маниакально-депрессивном психозе представлены в историях болезней, которые приводит И.И. Лукомский (1964).

Больной Р., 52 лет, поступил в Архангельскую областную психоневрологическую больницу 28 сентября 1951 г. Среди родственников душевнобольных не было. Рос и развивался правильно, в детстве ничем не болел. Учился хорошо, окончил 4 класса. По характеру был живым, общительным, находчивым, смелым и веселым. С раннего возраста обнаруживал наклонность к немотивированной смене настроения. Участвовал в Первой мировой войне, ранений и контузий не имел. После демобилизации занимался сельским хозяйством, а с 1935 г. переехал в Архангельск, где работал на лесосплаве. В дальнейшем перешел на хозяйственную работу в должности заведующего магазином. В 1938 г. перенес малярию, лечился акрихином. По прекращении приступов малярии появилось возбуждение: больной не спал 3 ночи подряд, проводя их за чтением книг, которые перед этим приобрел на значительную сумму, причем комплект книг был чрезвычайно пестрым по своему содержанию. Состояние возбуждения вскоре прошло без лечения. Первый резко очерченный во времени приступ заболевания, хронологически не связанный с психической травматизацией, а также с инфекцией или интоксикацией, произошел в 1940 г. 5 мая Р., уже лежавший в постели, внезапно встал и в 11 ч ночи ушел из дома, заявив, что отправляется в театр. Вернулся в 1 ч ночи. На следующее утро продолжал обнаруживать двигательное, а затем и речевое возбуждение, которое в последующие 2 дня резко возросло и сопровождалось агрессивными действиями. 9 мая больной был помещен впервые в Архангельскую областную психоневрологическую больницу, где продолжал обнаруживать двигательное и в меньшей степени речевое возбуждение. В больнице перенес интеркуррентные заболевания: с 12 мая - рожистое воспаление в области правого предплечья, а с 18 мая - бронхит. Уже с 19 мая возбуждение стало уменьшаться, начиная с 20 мая поведение оставалось правильным до момента выписки. По выписке резких расстройств настроения не наблюдалось на протяжении 5 лет.
Начиная с 1945 г. ежегодно, а в отдельные годы по нескольку раз стацио-нировался в Архангельскую психоневрологическую больницу, в которую поступал в общей сложности 13 раз. Состояния повышенного самочувствия и настроения сменялись тоскливостью и подавленностью, с обострением ранее отчетливо не выявлявшейся раздражительности. В связи с заболеванием в 1949 г. был переведен на I группу инвалидности. Во время одного из маниакальных состояний, непосредственно предшествовавшего периоду нашего наблюдения за больным, последний с середины сентября 1951 г. решил заняться изготовлением «химикатов», не вполне отчетливо представляя себе конечную цель этих действий: достал бутыль емкостью 15 л, кипятил воду, варил какую-то смесь, в состав которой входили «голубель, черника и горчица». Сняв пробу с составленной им смеси, пришел к заключению, что из этих «химикатов» можно изготовить «что угодно»: и зеркальные растворы, и варенье, и хорошее вино. Однако соседи по квартире, обеспокоенные этими опытами, для которых больной использовал и кухню, чинили ему препятствия, выливали растворы, выключали свет в кухне во время «опытов». Такое поведение соседей вызвало

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

возмущение больного, который решил выселить соседей, стал подыскивать для них новую квартиру, в конечном счете поссорился с ними. Этой ссорой и связанными с ней «происками» соседей больной и объяснял помещение в психоневрологическую больницу.

Исследование физического и неврологического состояния, данные лабораторных исследований крови, мочи, спинномозговой жидкости не выявили ничего патологического.

Психическое состояние. Правильно ориентирован, охотно вступает в контакт. В кабинет входит с радостным и оживленным лицом. Настроение благодушно веселое, безмятежное. Мимика и пантомимика живые, глаза искрятся смехом, на лице добродушное выражение. Иногда во время остроты или шутки хитровато прищуривается, выжидательно смотрит на врача, вслед за чем разражается заливистым смехом. Многословен. Склонен к рифмованию. Речь изобилует прибаутками. Предложения строит грамматически правильно, иногда не заканчивает фраз. Обнаруживает наклонность к новым словообразованиям, нередко переходит на особый изобретенный им язык или придает иное значение некоторым общеупотребительным выражениям, притворяясь, что не понимает их действительного смысла. Так, на сделанное ему предложение пожелать что-либо студентам, ответил: «А что им желать? И слово-то такое – «студенты», если бы они были теплые, то другое дело». Таким образом, несомненно зная смысл слова «студенты», делал вид, что считает его производным от слова «студеный» и противопоставил последнему понятие «теплый». На вопрос, как он сюда доставлен, ответил: «Ехали на шубке - очутились в санях. Вот ведь дела-то какие: стал огород городить, а ворот нет». На вопрос, как он себя ведет в отделении, ответил: «А что? Я ведь вперед не мечу и позади не ступлю». На вопрос, сколько лет учился, ответил: «Вы никогда не спрашивайте этого; спросите год рождения. Сколько лет жил, столько и учился. Всегда так: все дни намедни, а надысь - пройдись». При истолковании переносного смысла пословиц часто начинает отвечать правильно, однако быстро отвлекается по созвучию, рифмует, переходит на свойственные ему прибаутки, не имеющие отношения к данной пословице, а иногда и лишенные смысла. Например, на просьбу объяснить смысл пословицы «Что посеешь, то и пожнешь», отвечает: «Посеешь год - вырастет проглот, т.е. прогноз - не ходи на погост». Во время беседы внимание постоянно отвлекается в сторону различных замеченных больным мелочей: так, обнаружив чернильное пятно на скатерти, сейчас же начинает о нем говорить; заметив вывеску «Аптека», расспрашивает, что это за аптека, увидев на столе конфету, быстро ее схватывает и прячет в карман. Мышление несколько ускоренно по темпу, непланомерно: во время беседы мысли постоянно уклоняются в сторону, лишь окольным путем доходит до основной линии повествования, приводя множество излишних мелочей, побочных фактов. Не предъявляет каких-либо жалоб, считает себя здоровым. Обнаруживает склонность к переоценке своей личности, однако в сравнительно скромных пределах: так, например, заявляет, что мог бы и «сейчас работать на какой-нибудь административной работе или врачом», но в качестве директора завода «пожалуй, было бы тяжеловато работать». Заявляя, что он может «с полным удовольствием сделать любые растворы, выступить на сцене в качестве артиста - певца-тенора», на деле же, когда ему предложили спеть перед студентами на лекции, отказался, заявив что «здесь не театр, и это не положено делать не в соответствующей обстановке». В ответ на вопрос, в каком городе он выступал в театре, без запинки назвал никому не известный город.
Беседу прекращает неохотно, просит еще с ним поговорить. На замечание, что с ним и так много говорят, отвечает: «Ну и что же, говорят, наговоримся, будто хлеба наедимся». В отделении общителен до назойливости, со всеми обращается мягко, добродушно, как с близкими друзьями, сразу переходит на «ты», пытается хлопать врача по плечу. По временам, если задевают его самолюбие, становится злобным,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

грубо бранится, что сопровождается усиленной жестикуляцией и адекватным озлобленным выражением лица. Однако подобные вспышки кратковременны и быстро сменяются обычным благодушием и шутливостью. В степени выраженности описанных выше явлений отмечались значительные колебания за время стационарного наблюдения.

С конца декабря 1951 г. возбуждение стало заметно уменьшаться, и 7 января 1952 г. был выписан домой на попечение жены.

Клинический анализ. Диагностическая интерпретация данного наблюдения не представляет трудностей. У синтонной личности, с раннего возраста обнаруживавшей склонность к спонтанным колебаниям настроения, первая психотическая вспышка происходит в возрасте 39 лет, проявляясь в виде бессонницы, возбуждения, расточительности. Хронологическая связь вспышки с заболеванием малярией, леченной акрихином, давала в то время повод расценивать клиническую картину в качестве малярийно-акрихинового психоза, для которого картина маниакального состояния считается довольно обычной. Однако возникшее спустя 2 года выраженное маниакальное состояние развилось вне связи с какой-либо инфекцией, интоксикацией или иным экзогенным воздействием. Напротив, присоединившиеся уже на высоте психоза интеркуррентные заболевания в виде рожистого воспаления и бронхита повлекли за собой постепенное уменьшение возбуждения и упорядочение поведения. Последующее циркулярное течение заболевания и структура отдельных маниакальных и депрессивных фаз уже не оставляли места для диагностических сомнений. Следует отметить, что даже на высоте маниакальных состояний, обнаруживая ослабление задерживающих влияний, больной все же в известной мере учитывал в своем поведении требования окружающей обстановки. Высказывавшиеся больным горделивые идеи были сравнительно скромными, и пациент не позволял себя индуцировать, давая отрицательный ответ на вопросы о возможности выполнения им работы крупного масштаба.
Больной Ш., 60 лет. Инвалид II группы, поступил в Архангельскую областную психоневрологическую больницу в последний раз 23 августа 1952 г. Отец был алкоголиком, мать страдала каким-то психическим заболеванием, сопровождавшимся колебаниями настроения с периодически возникавшими состояниями возбуждения и бессонницей. Родился в крестьянской семье 7-м ребенком по счету, рос и развивался правильно. В 9-летнем возрасте начал учиться, окончил 3 класса с хорошей успеваемостью, после чего продолжать учебу не смог вследствие материальной необеспеченности, работал дома по хозяйству. С 1915 по 1917 г. находился на военной службе, где был контужен и дважды ранен. После демобилизации занимался сельским хозяйством, а с организацией колхозов работал в качестве бригадира в колхозе. Женат, имеет 5 детей, все члены семьи здоровы. Алкоголь употребляет изредка, случайно. Курить стал лишь со времени настоящего заболевания, причем курит в периоды возбуждения. Из перенесенных заболеваний отмечает только малярию. Еще в школьном возрасте имели место колебания настроения: иногда были состояния повышенного настроения и самочувствия, сопровождавшиеся бессонницей, по временам - нерезко выраженные состояния подавленности, тоскливости; в таких состояниях был молчаливым, тяготило общение с окружающими.

Первая резко очерченная во времени фаза заболевания имела место в 1927 г., носила характер депрессии и сменилась длительным светлым промежутком, продолжавшимся 5 лет. С 1932 г. приступы болезни стали учащаться. Более затяжной характер приступов определился позднее - со времени развития явлений атеросклероза. В картине основного заболевания сменялись различные фазы: гипермаиакальная со «скачкой идей» и резким двигательным возбуждением, депрессивная с последующим переходом в гипоманиакальную фазу, после которой наступал светлый промежуток. Иногда гипоманиакальная фаза сменялась не

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

типичной картиной меланхолии, а состоянием вялости, адинамии, в котором явления тоскливости были выражены весьма незначительно или полностью отсутствовали. С 1947 г. в связи с учащением приступов и сокращением светлых промежутков уже не мог находиться в домашних условиях и покинул психоневрологический стационар только 1 раз - в 1952 г. в связи с интеркуррентным заболеванием, по поводу которого был переведен в инфекционную больницу, а затем возвращен в психоневрологическую больницу. *Физическое состояние* (при последнем поступлении). Правильного телосложения, хорошего питания. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Левая граница сердца увеличена на 0,5 см, тоны глухие, акцент второго тона на аорте. Сосуды несколько уплотнены, артериальное давление (АД) 150/80 мм рт. ст. На ногах отеки, пастозность. В легких перкуторно коробочный звук, дыхание с удлиненным выдохом, ослаблено. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации выше пупка по средней линии прощупывается уплотнение (грыжа белой линии живота). Печень и селезенка не увеличены. Движения в левом плечевом суставе ограничены, синдром «застежки» (явления перимоноартрита). Рентгеноскопией грудной клетки установлены увеличение границы сердечной тени за счет левого желудочка, вялая пульсация. Выявлены умеренно выраженные изменения мышцы сердца, очаговый туберкулез легких в фазе уплотнения, фиброза и петрификации. Исследования крови, мочи и спинномозговой жидкости не выявили ничего патологического. *Неврологическое состояние* - без отклонений от нормы. Исследование глазного дна также не выявило изменений.

Психическое состояние. Ориентирован во времени, месте и окружающем. Бреда и галлюцинаций не обнаруживает. Хорошо припоминает даты общественной и личной жизни, но события последнего времени помнит хуже. Настроение повышенное, много говорит, сопровождая речь адекватной улыбкой. Речь осмыслена, построена грамматически правильно, но непоследовательно в связи с резкой отвлекаемостью, часто переключается на новые темы, не доводя прежней мысли до логического конца. Беседу часто сопровождает отрывками из песен. Во время беседы прислушивается к разговорам других больных и часто подает реплики, отвлекаясь от предмета своей беседы. Пословицы осмысливает в прямом смысле. Считает себя здоровым, однако не стремится домой, полагая, что больница является для него пожизненным общежитием. Эту мысль подкрепляет стихами: «Слава богу, понемногу стал деревню забывать». Во время беседы закрывает рукой рот, объясняя свой жест тем, что «зубов нет и некрасиво». Находится в непрерывном движении, постоянно чем-нибудь занят.

За время последнего пребывания в больнице у больного, как и в прошлом, наблюдался ряд фаз - гипер- и гипоманиакальные, депрессивные и светлые промежутки. Последние, как правило, наступали после гипо-маниакальных фаз, которые в свою очередь возникали вслед за депрессивными фазами или упомянутыми выше состояниями вялости и адинамии. Во всех названных фазах был подвергнут обследованию по двигательной методике с речевым подкреплением (за исключением гиперманиакальной фазы, в которой вследствие резкого возбуждения больного проведение указанного экспериментального исследования оказалось неосуществимым). Первая серия опытов, состоявшая из 10 исследований, была произведена в состоянии вялости с оттенком депрессии. Положительные условные рефлексы замыкались значительно труднее отрицательных, были легко подвержены торможению, к концу опыта иногда выявлялась истощаемость (уменьшалась двигательная сила, удлинялся латентный период). Отрицательные условные рефлексы замыкались быстро, оказывались стойкими с выраженным последовательным торможением, отрицательная индукция была умеренно выражена, а положительная индукция - не выражена, угашение происходило быстрее, чем восстановление, условное торможение - с большим трудом, было выражено внешнее торможение.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Всякое повышенное требование к подвижности и силе нервных процессов (близкое сопоставление положительного и отрицательного раздражителей, введение нового раздражителя, удлинение эксперимента, выработка и переделка стереотипа и т.д.) сопровождалось торможением выпадения положительной условной реакции. При переделке сигнальных значений выделялась инертность тормозного процесса по сравнению с раздражительным. Отмечались слабость раздражительного процесса, преобладание тормозного процесса с понижением его подвижности, иррадиации, нарушением индукционных отношений в виде преобладания отрицательной индукции.

В таком состоянии 10 августа 1953 г. произошел первый инсульт, оставивший после себя стойкую резидуальную неврологическую симптоматику: больной слегка волочил ногу, отмечались легкое понижение мышечной силы слева, асимметрия лицевой иннервации. Отмечавшиеся после инсульта патологические рефлексы слева (Бабинского, Оппенгейма) оказались нестойкими. В психическом состоянии после первого инсульта отмечено обеднение речевой продукции. Вялость не сопровождалась явными признаками депрессии. В таком состоянии была произведена вторая серия экспериментов, в ходе которых продолжали отмечаться те же патофизиологические закономерности, но на первый план выступала истощаемость, в особенности к концу опыта. Индукционные отношения не выявлялись. Подвижность обоих нервных процессов - раздражительного и тормозного - была понижена. Изменения в психическом состоянии после инсульта были выражены в маниакальной фазе гораздо больше, чем в депрессивной. Особенно заметным оказалось снижение психической активности: больной проявлял значительно меньше внимания к происходящему вокруг него, мало прислушивался к разговорам других больных, редко подавал на них реплики. Спонтанная речевая продукция больного стала более однообразной, в ней отчетливо выступали персеверации. Серия исследований, произведенных после первого инсульта в гипоманиакальном состоянии, выявила затруднение выработки тормозных условных связей, их неустойчивость, дифференцировки легко растормаживались. Положительные условные рефлексы оказались более стойкими, легко возникали. Внешнее торможение и отрицательная индукция не были выражены, положительная индукция выявлялась отчетливо. При переделке сигнальных значений выявлялось понижение подвижности раздражительного процесса по сравнению с тормозным. Истощаемость по ходу опыта не была выражена.

14 июля 1954 г. произошел второй инсульт, после которого к ранее отмечавшимся неврологическим нарушениям присоединились явления частичной моторной афазии и парафазии. И после второго инсульта не изменилось циклическое течение основного заболевания, но стали более выраженными отмеченные выше сдвиги в клинической картине в виде снижения психической активности, обеднения и однообразия речевой продукции. Эти изменения, как и после первого инсульта, проявились наиболее отчетливо в маниакальной фазе. После второго инсульта с 30 ноября по 8 декабря 1954 г. была проведена 4-я серия опытов. Учитывая органическую недостаточность больного, связанную с перенесенными инсультами, на этот раз исследования в целях щажения больного проводились не ежедневно, как во время предыдущих серий, а через день. В период, к которому относилась данная серия исследований, больной находился в нерезко выраженном гипоманиакальном состоянии: он обнаруживал несколько повышенное настроение, ускоренное течение представлений при отсутствии двигательного беспокойства. Отмечались легкие явления парафазии. Экспериментально при работе на изолированных раздражителях выявлено преобладание процесса возбуждения над торможением. Дифференцировка образуется медленно (на 10-м сочетании), легко срывается. Процесс возбуждения склонен к инертности. Проба на внешнее торможение дает положительный результат, в пробе на положительную индукцию выявляются парадоксальные отношения. При

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

переделке сигнальных значений более резко выявляется инертность торможения, чем возбуждения (положительные условные связи переделываются в отрицательные на 3-м сочетании, а отрицательные - в положительные на 6-7-м сочетании).
Клинический анализ. В диагностическом отношении оценка данного случая не представляет трудностей. Как циклический тип течения заболевания, так и структура каждой его отдельной фазы чрезвычайно типичны для маниакально-депрессивного психоза. От других заболеваний с периодическим течением его отличает и то обстоятельство, что, несмотря на значительную длительность заболевания, во время ремиссий пациент не обнаруживал дефекта до появления выраженных симптомов органического заболевания. Характерна и та особенность, что, несмотря на большое многообразие наблюдавшихся у больного фаз, все они не выходили за рамки картин, встречающихся в клинике маниакально-депрессивного психоза. Лишь на высоте гипермаииакального возбуждения могли возникать некоторые диагностические сомнения в связи с появлением «скачки идей», несколько напоминавшей шизофреническую разорванность, а также вследствие двигательного возбуждения, по своей хаотичности напоминавшего кататоническое. Однако эти диагностические сомнения рассеивались, как только возбуждение начинало уменьшаться.

Заслуживает внимания то обстоятельство, что по выходе из обеих фаз ремиссия, как правило, наступает не сразу, а проходит через гипоманиакальную стадию. Этот клинический факт находит объяснение в физиологической закономерности, установленной в работах Г.В. Фольборта и выражающейся в том, что в период, когда заканчиваются процессы восстановления, работоспособность устанавливается на некоторое время выше нормы.

Больной А., 31 года. Наследственность не отягощена. Рос здоровым ребенком. В школу пошел с 8 лет, учился хорошо, учеба давалась легко. Окончил 7 классов, поступил в радиолокационный техникум. С II курса был отчислен. Устроился работать на одну из кафедр Энергетического института (был препаратором, учебным мастером). С детства отличался большой подвижностью, все делал быстро, всегда был в движении. Все свои планы обычно излагал вслух, с восторгом переживал даже незначительные удачи. Любил прихвастнуть, представить себя в лучшем свете. Часто бывал непоследовательным и непостоянным (к родным - матери и сестре - относился хорошо, но «особенно ласковым никогда не был»). Был очень общительным, имел «ворох» друзей, но характерна была «текучесть» приятелей. Любил читать. Отличался склонностью к изобретательству. В детстве перенес корь, ветряную оспу, паратиф, дизентерию. Алкоголем не злоупотреблял. Курит. В апреле 1952 г. перенес тяжелую ангину с высокой температурой. Летом чувствовал себя плохо, очень часто болел гриппом и ангиной, похудел, жаловался на резкую головную боль. Болезненно реагировал даже на незначительный шум. Наблюдался терапевтами. В ноябре 1952 г. вновь перенес ангину с высокой температурой. Отмечались крапивоподобные высыпания на теле. Осенью увлекся девушкой, посвящал ей много времени и внимания. Постепенно нарастали двигательное беспокойство и многоречивость. 11 декабря пришел с работы раньше обычного, был особенно возбужден, многоречив, раздражителен. К вечеру состояние еще более ухудшилось, не спал ночь, был непоседлив, речь приняла бессвязный характер. В связи с возникшим психотическим состоянием 12 декабря госпитализирован в больницу им. Кащенко, где находился до 12 июля 1953 г.
При поступлении без умолку говорит, кому-то отвечает, речь быстрая, бессвязная. Как можно уловить из обрывков фраз, понял, что он «великий артист в жизни»; проскальзывают идеи отношения, воздействия. Подозрителен, говорит о каком-то «уколе», который ему сделали. Негативистичен. Не может находиться в одном положении, быстрыми шагами ходит взад и вперед. Двигательное возбуждение нарастало, больной бросался на пол, на окно, стремился причинить себе телесные повреждения. Это возбужденное состояние прошло быстро, при этом обнаружил

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

дезориентировку во времени и амнезию почти всего периода возбуждения. Затем поведение стало правильным, жаловался на общее недомогание, слабость, боли в глазах, головную боль. Галлюцинаторные переживания отрицал, параноидная настроенность проскальзывала; будучи общительным с другими больными и вежливым по отношению к врачу, неохотно делился с ними своими переживаниями. В дальнейшем аналогичные смены периодов возбуждения и успокоения повторялись с определенной закономерностью (через 20-22 дня) и продолжались по 3-6 дней, но возбуждение с каждым разом ослабевало и ограничивалось последнее время только речевым. В таком состоянии быстро говорит, плохо слушает собеседника, соскальзывает с темы разговора, иногда разговаривает сам с собой, жалуется на боли в сердце и неприятные ощущения, в речи отмечается большое количество персевераций, повторяет одно слово несколько раз. Свое состояние связывает с воздействием лекарственных веществ или еще с чем-либо, но говорит об этом с неадекватной улыбкой. Критика недостаточная. После выписки с диагнозом «атипичная форма маниакально-депрессивного психоза» был переведен на инвалидность II группы. Состояние было удовлетворительным, отмечалась лишь некоторая подавленность. В диспансер обратился всего лишь 1 раз. Предъявлял родным претензии: «Что вы из меня сделали больного, я здоров». Через несколько месяцев приступил к работе. С 1954 г. работает в Институте звукозаписи (не захотел остаться на прежнем месте, так как там было известно, что он стационировался в психиатрическую больницу). Инвалидность была снята через 2 года по просьбе больного. Состояние оставалось удовлетворительным. Сдал экстерном экзамены за 10-й класс. В 1955 г. поступил на заочное отделение Энергетического института, переходил регулярно с курса на курс (в 1958 г. сдал экзамены за III курс). Все эти годы оставался живым, подвижным, жизнерадостным, но малоусидчивым. Имел много приятелей. В 1958 г. получил повышение по службе, стал исполняющим обязанности инженера. Осенью 1961 г. стал еще более подвижным, был занят какими-то делами, что-то покупал, обменивал, продавал. В доме постоянно появлялись все новые и новые знакомые, товарищи, приятели. Похудел, стал хуже спать. Однажды в течение 2 дней, не предупредив никого из родных, собрал и вывез из квартиры всю старую мебель и привез новую, современную и модную. Как выяснилось позже, ждал, что в это время их навестят родственники той женщины, с которой он состоял в связи. Писал стихи, много писем этой женщине, говорил, что собирается приобрести легковую машину, просил у родственников денег на эту покупку. Когда отец отказал ему в этом, плакал. Заметно возросли раздражительность, вспыльчивость. В конце 1961 г. наметился окончательный разлад между больным и его знакомой. Тяжело переживал это, пытался восстановить прежние взаимоотношения. Пришел на квартиру к этой женщине, угрожал ей стартовым пистолетом, грозил, что убьет ее, если она не вернется, в противном случае требовал вернуть ему подаренные вещи. Знакомая обратилась в районный психоневрологический диспансер, больной был госпитализирован в больницу № 4 им. П.Б. Ганнушкина 24 января 1962 г.

При поступлении и в последующие дни правильно ориентирован, сознание ясное, охотно соглашается на беседы. В беседах многословен, не дает себя перебить, говорит быстро и так, что голос становится хриплым и у углов рта скапливается пена. Ни одну мысль не доводит до конца, перескакивает с одной фразы на другую, через некоторое время возвращается к прежней. Сам заявляет, что не успевает проговорить все свои мысли. Отмечается стремление к деятельности; настроение повышенное, смеется, беспечен; оптимистичен. В беседе развязен, не соблюдает чувства дистанции. С чрезмерной откровенностью рассказывает о взаимоотношениях с женщинами. Обнаруживает переоценку собственной личности.
Из дневниковых записей. 26/I-3/II: речь быстрая, непоследовательная. Пытается помогать персоналу. Берется за многое, но тут же переключается на другое. Считает себя крупным инженером, высказывает беспокойство, что не успеет сдать вовремя

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

экзамены в институте. 5-9/II: стал несколько спокойнее, менее говорлив, приветлив, много читает. Просит разрешения ускорить его выписку - его ждут друзья, он должен приступить к изучению иностранных языков, должен готовиться к поступлению в аспирантуру. Просит разрешения участвовать в наружных работах отделения. Родным сообщил, что он не принимает таблетки аминазина, выплевывает их (как выяснилось, при втором поступлении в больницу одно время не принимал аминазин, считал, что помещен в больницу своей сожительницей, которая решила от него избавиться, боялся отравления). 10-12/II: раздражителен, злобен, отказывается от лечения. Считает себя здоровым, категорически требует выписки. В беседе речь быстрая, перескакивает с одной темы на другую. Циничен в выражениях. К врачу поворачивается спиной, настаивает на консультации профессора, соглашается провести в больнице еще несколько дней, не больше. 13-16/II: состояние больного неровное: то угодлив, многоречив, то гневлив, раздражителен, отказывается от лечения, заявляет: «Что угодно со мной делайте, считайте меня сумасшедшим». Однако быстро успокаивается, начинает извиняться. Охотно выполняет порученную работу в отделении. Написал на имя главного врача больницы большое письмо, в котором настаивает на необоснованности помещения в больницу. В доказательство приводит тот объем производственной и общественной работы, которую вел до больницы (ведущий «инженер» института, имеет поощрения и благодарности, является ответственным секретарем стенгазеты, занимается спортом, радиолюбительством и т д.). В больнице с 26/I по 20/II получал аминазин с высшей суточной дозировкой 500 мг. После выписки около полутора месяцев чувствовал себя удовлетворительно (подвижность и многоречивость продолжали постепенно идти на убыль). С апреля 1962 г. состояние изменилось: снизилась работоспособность - «голова плохо соображала, не усваивала того, что читал». Пропал интерес к окружающему, к работе - «ничто не интересовало». Считал, что по своим знаниям не соответствует тому положению на работе, которое занимает. Жаловался родным: «Я ничего не знаю, я все забыл». Анализировал свое прошлое. Пришел к выводу, что за 31 год мало успел в жизни; говорил, что никому не нужен и что не хочет больше жить. Днем беспокоила сонливость, а с вечера долго не мог уснуть. Постоянно жаловался на то, что он не выспался (в то время как сестра специально проверяла ночью, спит ли больной, и констатировала, что спит крепко). Нередко были сновидения, причем последние касались в основном тех приятелей и товарищей больного, которые, по его мнению, «крепко встали на ноги». Работать в таком состоянии не мог, взял отпуск, однако по настоянию родных вскоре обратился в диспансер и был госпитализирован повторно в данную больницу.

Соматоневрологическое состояние при поступлении и данные лабораторных исследований - без выраженных проявлений патологии. *Психическое состояние.* Ориентирован в окружающем правильно. Выражение лица скорбное, подавленное, голос тихий, взгляд устремлен в одном направлении. Жалобы на апатию, потерю интереса к окружающему - «потерял себя, как будто из меня всю энергию вырвали с корнем». «Руки и ноги, как плети. Нет прежней быстроты, четкости в движении, голова плохо соображает. В области переносицы, лба тяжесть, внутри головы какое-то давление, голова как обручем схвачена. Все время в постель тянет». Беспокоят неприятные ощущения в области сердца. Сон плохой, аппетит отсутствует. Говорит, что будущее рисуется ему в самых мрачных красках: он никогда не будет здоров, не сможет вернуться к работе, окончит свою жизнь в психиатрической больнице для хроников. Сожалеет о своем поведении в прошлом - «растерял, разбросал себя. Легкомысленно относился к занятиям, завел себе столь же легкомысленных товарищей и приятелей». К вечеру состояние несколько лучше, чем утром и днем - «жду сна, думаю, что, наконец, отдохну». В ходе беседы временами на глаза навертываются слезы, голос начинает дрожать. Иногда же пытается шутить, слегка иронизирует над собой, удивляется, «как он себя так распустил», говорит, что пытается взять себя в руки, заставляет себя читать, общаться с окружающими,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

меньше лежать в постели. Жалуется, что ему порой тяжело среди окружающих в отделении - «здесь же многие почти здоровые люди». Когда слышит, как окружающие начинают кого-то осуждать, делают те или иные критические замечания, считает, что это, возможно, относится к нему - «вот, мол, здоровый парень, а лентяй, лодырь, бездельник». В беседе склонен несколько к рассуждательству. В описании жалоб, переживаний подчас несколько расплывчат, неопределен. В беседе ищет участия, помощи, просит облегчить его состояние. На протяжении настоящего пребывания в больнице со 2/VI по 17/VII были характерные колебания состояния, временами возникало улучшение длительностью 2-3 дня, когда заметно уменьшались подавленность и тоскливость, становился более активным, начал читать, общаться с окружающими, затем состояние вновь ухудшалось. В фазах ухудшения предъявлял жалобы не столько на тоскливость, сколько на утомляемость, головные боли. Депрессивный оттенок имел место в поведении, однако был связан главным образом с реакцией больного на собственную несостоятельность.
Клинический анализ. Дифференциальная диагностика в данном случае представляет значительные трудности. Обращают на себя внимание свойственный больному на протяжении многих лет преобладающий гипоманиакальный фон и склонность к спонтанным колебаниям настроения. Резко очерченное во времени психотическое состояние, имевшееся в 1952 г., возникло на фоне соматических осложнений типа хроносепсиса, причем был диагностирован митральный порок сердца. При последней госпитализации преобладал пониженный фон настроения, однако депрессия была своеобразной: на первый план выступали астения, адинамия и вялость, а не тоскливость. Учитывая жалобы на головные боли, повышенную утомляемость, состояние больного следовало расценивать как носящее органический оттенок.

Динамика заболевания, прежде всего отсутствие характерного дефекта, позволяет отклонить диагноз шизофрении, определенное сходство с которой возникло лишь на коротком этапе в связи с наличием бредовых идей и негативизма. Речь идет о маниакально-депрессивном психозе с атипичным течением, которое может быть связано с сопутствующим хроническим соматическим заболеванием, скорее всего ревматической этиологии. Сдвиги, происходившие в состоянии больного во время последнего пребывания в стационаре, могут быть объяснены за счет применения антидепрессивных средств. Последние в большей мере воздействовали на двигательный компонент депрессии, чем на эмоциональную сферу, что необычно для тофранила и, очевидно, связано с атипичностью клинической картины. Вместе с тем для комбинированного воздействия тофранила и аминазина характерна наблюдавшаяся у пациента под влиянием лечения динамика заболевания: переход от длительных резко очерченных во времени приступов к нерезко выраженным волнообразным колебаниям в состоянии с некоторым улучшением в вечернее время.
Смешанные аффективные состояния Э. Крепелин (1899) описал как характерные для выделенного им маниакально-депрессивного психоза. При таких состояниях наблюдаются сочетания маниакального аффекта с фрагментами депрессии и наоборот. Например, при замене веселого настроения депрессивным (при смене фазы мании на фазу депрессии) в клинической картине сочетаются повышенная активность, двигательное беспокойство, вихрь идей и тревога. Это состояние Э. Крепелин назвал «депрессивной, или тревожной, манией». Он выделил также возбужденную (ажитированную) депрессию, говорливую депрессию, непродуктивную манию, манию с «задержкой» (скачка идей и радостное настроение в сочетании с двигательным торможением). Мания с психомоторной заторможенностью может достигать степени ступора («маниакальный ступор»).

Мория - состояние, для которого характерно сочетание подъема настроения с некоторой расторможенностью, беспечностью, при этом может отмечаться расторможенность влечений, иногда обнубиляция сознания. Наблюдается чаще всего при поражении лобных долей мозга.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Дисфория - мрачное, угрюмое, злобное настроение с ворчливостью, раздражительностью, повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, легким возникновением брутальной ожесточенности, взрывчатости. Состояние может выражаться глухим недовольством, придирчивостью, временами со взрывами злобы и гнева, угрозами, способностью к внезапному нападению. Одной из разновидностей дисфории является moros - мрачное, сварливое, брюзгливое настроение, которое возникает сразу же после пробуждения («встает с левой ноги»).

Эйфория - повышенное настроение с чувством довольства, беспечности, безмятежности. Как отмечает А.А. Портнов (2004), ссылаясь на наблюдения И.Н. Пятницкой, эйфория при наркотизации слагается из ряда приятных ощущений как психического, так и соматического характера. При этом каждому наркотику свойственна особая структура эйфории. Например, при опьянении морфином или опием больные пребывают в состоянии соматического наслаждения, покоя и блаженства. Уже в первые секунды введенный в организм опиат вызывает чувство тепла и приятного «воздушного» поглаживания в области поясницы и нижней части живота, поднимающегося волнообразно в область груди и шеи. Одновременно с этим голова становится легкой, грудь распирает от радости, все внутри больного ликует, так же как ликует и все окружающее, которое воспринимается ярко и рельефно, затем наступает состояние благодушия, истомы, ленивого покоя и довольства, которое многие больные определяют как «нирвана».
Эйфория, вызванная кофеином, кокаином, лизергидом, носит иной характер. Она сочетается не столько с приятными соматическими ощущениями, сколько с интеллектуальным возбуждением. Больные чувствуют, что мысли у них стали богаче, ярче, познание - более четким и плодотворным; они испытывают радость умственного подъема. Другой тип эйфории наблюдается при отравлении алкоголем и барбитуратами. Самодовольство, бахвальство, эротическая расторможенность, хвастливая болтливость - все это проявления упоительного или эйфоризирую-щего действия, к воспроизведению которого стремятся больные алкоголизмом и наркоманией. Для эйфории характерны бездеятельность, пассивность, повышения продуктивности не наблюдается.

Экстаз - переживание восторга, необычайной радости, вдохновения, счастья, воодушевления, восхищения, переходящее в исступление.

Страх, паника - состояние с наличием внутренней напряженности, связанное с ожиданием чего-то угрожающего жизни, здоровью, благополучию. Степень выраженности может быть различной - от нерезкой тревожности и беспокойства с чувством стеснения в груди, «замиранием сердца» до панического ужаса с криками о помощи, убеганием, метаниями. Сопровождается обилием вегетативных проявлений - сухость во рту, дрожание тела, появление мурашек под кожей, позывы на мочеиспускание, дефекацию и др.

Эмоциональная лабильность - резкие колебания настроения от повышения его до значительного понижения, от сентиментальности к слезливости.

Апатия - полное равнодушие к происходящему, безучастное отношение к своему состоянию, положению, будущему, абсолютная бездумность, утрата всякого эмоционального отклика. Э. Блейлер (1911) называл апатию при шизофрении «спокойствием могилы».

Эмоциональное притупление, аффективная тупость - ослабление, недостаточность или полная утрата аффективной откликаемости, бедность эмоциональных проявлений, душевная холодность, бесчувствие, тупое равнодушие. Характерны для шизофрении или для особого вида психопатии.
Паратимия (неадекватность аффекта) характеризуется возникновением аффекта, качественно не соответствующего вызвавшей его причине, неадекватного тому

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

явлению, которое его вызывает. Такие больные при сообщении о грустном событии могут неадекватно хохотать, шутить, проявлять неподходящее случаю веселье и, наоборот, впадать в грусть и печаль при наличии сведений о радостных событиях. Паратимии, по Э. Блейлеру, могут быть свойственны аутистическому мышлению как мышлению аффективному, не подчиняющемуся законам строгой логики.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Глава 7. Патология сознания

Сознание - высшая интегративная функция головного мозга человека. Именно сознание, отражающее реальность во всех ее проявлениях, лежит в основе процесса познания окружающего мира и собственной личности, а также целенаправленного активного регулирования взаимоотношений человека с природой и обществом. Человек одновременно является субъектом социума и его членом, он входит в сообщество людей, активно преобразующих природу и общество. Если закономерности, свойственные природе и развитию общества, обнаруживают себя бессознательно, самопроизвольно, то человек, напротив, сознательно отображает и применяет их к практике повседневной жизни, к своему существованию. В связи с этим сознание - это то необходимое свойство, которое помогает человеку адаптироваться к окружающей среде.

Древние греки, их философы выдвигали как наиболее важный следующий постулат: «Познай самого себя, и ты познаешь Богов и Вселенную» (Хилон из Спарты, VI в. до н.э.). В последующем развивалось положение о том, что сознание отдельного индивида - не только результат накопления личного опыта жизни, а исторически сформировавшееся достояние опыта человеческого общества, многих поколений людей. Сознание - это прежде всего знание всего окружающего внешнего мира, реального мира всех явлений в их сложном взаимодействии.

Приставка «со» в слове сознание, как считал С.С. Корсаков (1901), отражает совокупность знаний, которыми располагает данный индивидуум; по мнению А.А. Меграбяна (1972), подобная трактовка термина означает и то, что знание достигается личностью совместно с людьми, с обществом. Нельзя не отметить, что сознание - это не только знание окружающего и самого себя, оно включает в себя и процессы мышления, и память, и эмоционально-волевую сферу, и направленность личности, выражающую ее отношение к окружающей среде.
Сознание человека, как исключительно важная, фундаментальная функция, - предмет постоянного и непрекращающегося в процессе исторического развития исследования, что отражается в трудах крупнейших мыслителей, ученых. Поскольку сознание обусловлено функционированием различных систем и структурно является многогранным, то оно служит предметом изучения различных наук: философии, истории, биологии, нейрофизиологии, психологии и, конечно, психиатрии, психопатологии, когда речь идет о его нарушении.

Среди философов, выдвинувших на первое место в своей системе идею развития сознания, чаще всего называют Г. Гегеля. В своей книге «Феноменология духа» (1807) он раскрывает процесс развития индивидуального сознания на различных его ступенях, рассматриваемых как сокращенное воспроизведение ступеней, исторически пройденных человеческим сознанием. Всякое предметное знание, по Г. Гегелю, есть одновременно знание о себе, поэтому развитие духа идет от сознания к самосознанию. Наше «я» и познаваемый предмет составляют единство субъективного и объективного; в этом обнаруживается сущность разума. Именно так самосознание возвышается до разумного сознания. Самосознание Г. Гегель рассматривает как единственный способ существования человека. Вся «Феноменология духа» ставит целью показать, что самосознание есть всеобъемлющая реальность. После Г. Гегеля выступил Л. Фейербах, который показал, что сущность сознания можно понять лишь в форме единства сознания и тела. Бессознательная природа предшествовала сознанию. Л. Фейербах с материалистических позиций правильно понимал обусловленность психических процессов физиологическими и признавал зависимость содержания сознания от явлений объективной действительности.
Психика и сознание человека - это продукт деятельности головного мозга, отображающий окружающую природу и социальную действительность во всей

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

сложности и многообразии реальности. Процесс познания реализуется не как пассивное созерцание, а путем активной творческой деятельности на протяжении всей жизни человека, поэтому рассмотрением проблем сознания занимается и психология. Во второй половине XIX в. наиболее широко и полно сформировалось ассоциативное направление в психологии, были достигнуты значительные успехи в изучении физиологии чувственной сферы.

В дальнейшем обнаружились противоречия между биологическими и социальными проблемами внутри психологии. Выявились противоречия между атомизмом ассоциативного метода и волюнтаристическим принципом апперцепции, понятие о которой выдвинул В. Вундт (1912). Он высказал твердое убеждение в том, что психическое, а сознание является именно психическим интегративным актом, может быть объяснено и должно изучаться лишь психическим.

В этом отношении очень важными в смысле концептуальности стали обоснование и выделение К. Ясперсом (1913), крупным историком, философом-экзистенциалистом и психиатром, основных критериев клинического понимания и диагностики клинических типов нарушения (дезинтеграции), или помрачения сознания.

Говоря об общих признаках помрачения сознания, которые сформулировал К. Ясперс, важно иметь в виду, что лишь одновременное наличие каждого из них в картине болезни считается необходимым и достаточным критерием для диагностики. Действительно, отдельные признаки могут наблюдаться и при других психопатологических синдромах, которые не имеют отношения к синдромам помрачения сознания. Убедительность обобщения К. Ясперсом основных признаков помрачения сознания не вызывает сомнений, так как эти положения подтверждены практикой клинического наблюдения подобных больных рядом поколений психиатров-исследователей, т.е. подтверждены исторически.
Первым признаком наличия помрачения сознания, по К. Ясперсу, считается *отрешенность* таких больных от внешнего мира, от окружающей обстановки. Это выражается в затруднении или полной невозможности воспринимать реальную действительность. Клинически на практике проявления отрешенности обнаруживаются по-разному. Некоторые больные при отсутствии какой бы то ни было позитивной (продуктивной) симптоматики не воспринимают окружающее, так как реальность не оказывает никакого влияния на их психическую деятельность, при этом у них отсутствует адекватная психическая активность. У других больных отрешенность причинно связана с наплывом галлюцинаций, бредовых переживаний. В ряде случаев отрешенность зависит от наличия растерянности с характерным для нее симптомом недоумения, что было описано С.С. Корсаковым (1901).

Второй признак помрачения сознания, по К. Ясперсу, - *утрата ориентировки (дезориентировка) в окружающем,* во времени и в собственной личности. Больные не знают, где они находятся (дезориентировка в месте), кто их окружает, никого не узнают или обнаруживают «ложные» узнавания. Что касается дезориентировки в собственной личности, то при разных видах (синдромах) помрачения сознания этот симптом может быть выражен по-разному или даже отсутствовать на определенных этапах развития подобных расстройств.

Третьим признаком К. Ясперс считает *нарушения мышления,* которые сопутствуют расстройству (помрачению) сознания. Действительно, сознание как интегративная функция мозга включает в себя все компоненты психики, в том числе и мышление. В клинической практике нарушения мышления при помрачении сознания могут иметь различные формы проявления. Э. Блейлер, например, отмечает бессвязность мышления, «соединенного с галлюцинациями»; может наблюдаться резкое оскудение всего спектра речи, она становится бедной, ограниченной небольшим набором слов или словесных оборотов, что соответствует и оскудению мышления, выпадению

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

многих ассоциативных связей. У ряда больных отдельные фрагменты речи не обнаруживают целостного единства, возможно и полное отсутствие речи.

Четвертый признак помрачения сознания по К. Ясперсу - *утрата воспоминаний (амнезия)* о периоде, когда больной находился в состоянии помраченного сознания. Во многих случаях имеет место полная амнезия всего периода помраченного сознания (конградная амнезия). У других больных можно установить наличие ретроградной амнезии, т.е. выпадение из памяти событий, непосредственно предшествующих потере сознания. Встречаются случаи антероградной амнезии - утраты воспоминаний о тех событиях, которые следовали непосредственно за периодом бессознательного состояния.

Итальянский врач Оттоленги (1891) впервые описал более редкий вариант «запаздывающей», или «ретардированной», амнезии. Он считал, что речь идет о простой амнезии, но устанавливающейся не сразу, а с опозданием, спустя известный промежуток времени - от нескольких часов до нескольких дней: «Здесь, как при сновидении, воспоминание свежо непосредственно вслед за переживанием и утрачивается затем». Случаи «неполной», «частичной», «лакунарной» амнезии описал П. Замт (1876), а затем К. Бонгеффер (1913).

Г. Груле (1931) в своей разработке клинических особенностей нарушения сознания различал 3 наиболее важных компонента: 1) нарушение ясности; 2) нарушение единства во времени; 3) нарушение содержания «я». Для объяснения нарушения ясности сознания он приводит пример: «Если я с полным вниманием направляю сознание на объект внешнего мира, если я в лаборатории слежу за ходом эксперимента, то обладаю ясностью сознания. Каждая из моих психических функций при этом выступает в свете ясного сознания. Эта ясность имеет степени. На почве утомления и легкого отравления ядами возникает нарушение, которое теоретически можно обозначить как легчайшую степень помрачения сознания. При лихорадочных состояниях, опьянениях помрачение сознания доходит до оглушенности, сомнолентности, потери сознания. Помрачение сознания может сопровождаться дезориентировкой и спутанностью.

Вторая сторона нарушения сознания - это нарушение единства во времени. Сюда можно причислить амнезию. При этом к истинной амнезии относится только органическая амнезия. Амнезия возникает при сужении, помрачении сознания, при отравлениях, при эпилептических состояниях, травмах черепа. Нарушение единства во времени, по Г. Груле, можно свободно отнести к группе нарушения ясности сознания.

Нарушения сознания «я» совершенно отлично от нарушения ясности. При любом психическом акте: восприятии, представлении, мышлении, - если больной не чувствует, что эти процессы принадлежат ему, его «я», если в нем внезапно возникает чуждость этих явлений своего «я», то это уже обозначается как расстройство «я». Этот признак указывает на психический автоматизм и дифференциален по отношению к нарушению сознания. Синдромы помрачения сознания по своим клиническим проявлениям отличаются заметным разнообразием. При этом можно все же говорить о 2 основных типах подобных расстройств. Один тип характеризуется развитием психотических состояний (делирий, аменция, онейроид, сумеречное помрачение сознания), которые часто обозначаются как дезинтеграция сознания; другой тип - такие нарушения сознания, при которых острый психоз не развивается (оглушение, сопор, кома).

Среди острых психотических форм помрачения (дезинтеграции) сознания чаще других в клинической практике встречается делирий. Делирий в наиболее типичной форме был описан К. Либермайстером (1886) с выделением нескольких стадий «лихорадочного делирия».

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Основная последовательность стадийности усложнения психопатологических расстройств отмечается и в большинстве наблюдений современных исследователей (Морозов Г.В., Шумский Н.Г., 1998).
Начало I стадии характеризуется тем, что к вечеру, и особенно к ночи, у больных появляется общая взбудораженность. Оживляются и ускоряются речь, моторика, мимика. Больные говорливы, неусидчивы, речь у них временами становится непоследовательной, иногда даже бессвязной. Резко расстраивается сон, у больных возникают наплывы образных, чувственно-наглядных, иногда сценоподобных представлений и воспоминаний. Движения преувеличенно подчеркнуты. Наблюдается общая гиперестезия, больные крайне чувствительно реагируют на все раздражители, прежде всего у них резко обострены тактильные ощущения - любое прикосновение заставляет их вздрагивать.

Наблюдаются обострение внимания, изменчивость настроения. Беспокойство и боязливость могут сменяться эйфорией. У некоторых пациентов уже в I стадии делирия могут возникать эпизоды зрительных иллюзий, единичных галлюцинаций.

В II стадии на фоне усиления тревожности и беспокойства вначале появляются зрительные иллюзии, а затем зрительные галлюцинации, происходит нарушение ориентировки во времени, месте, окружающей обстановке при сохранности сознания своего «я», сохранности ориентировки в собственной личности. Появление галлюцинаций сопровождается усилением страха. Преобладают истинные зрительные галлюцинации, но к ним часто присоединяются слуховые, тактильные, термические, обонятельные.

Больные видят вокруг себя каких-то страшилищ, зловещие фигуры, искаженные ужасом лица людей, уродливые «рожи», звериные морды - оскаленные, свирепые. В других случаях появляются «видения» полчищ мелких зверушек, мышей, крыс, различных насекомых: тараканов, пауков, кузнечиков и др. В окна «заглядывают» чьи-то пугающие морды, в углах комнаты стоят скелеты, мертвецы «машут руками». Галлюцинации при делирии отличаются конкретностью, образностью, эмоционально ярко переживаются.
В III стадии наступает полная бессонница, галлюцинаторные расстройства нарастают, эпизодически возникающая изменчивость аффекта («боязливая веселость», по С.Г. Жислину, 1965) уступает место нарастающему страху и даже ужасу перед развивающимися устрашающими зрительными и слуховыми галлюцинациями. Правда, галлюцинации слуха не столь массивны, как зрительные: слышатся крики, выстрелы, пальба, брань, угрозы. Голоса звучат снаружи, с улицы, из-за стены, иногда из вентиляционных отверстий, из-под пола; часто больным кажется, что голоса идут от кого-либо из окружающих. Характерно, что голоса обычно направлены к самому больному, говорят не про него, а прямо ему, например: «Ты скотина, мерзавец, в тюрьму тебя за то, что ты натворил, все равно тебя прикончим, тебе конец, ты уже мертвец!» и т.д. Почти постоянно в картине делирия наблюдается двигательное возбуждение с преобладанием суетливости, больные пытаются бежать от угрожающих им слов и звуков, могут пытаться выпрыгнуть из окна или, наоборот, стараются защититься от «нападающих голосов», баррикадируют двери комнаты, прячутся в дальние углы, кричат от ужаса перед надвигающейся смертельной опасностью в виде различных чудовищ.

Большую роль в формировании картины делирия играют тактильные галлюцинации и галлюцинации общего чувства. Больным кажется, что по ним ползают насекомые, что их кусают собаки, хватают за ноги, колют иглами, режут. Характерно также и то, что чаще всего бывают комбинированные обманы восприятий, относящиеся к различным органам чувств; очень часто больные переживают различные сцены тяжелого, неприятного для себя содержания. В связи с этим можно выделить один очень существенный признак делирия - чрезвычайную яркость галлюцинаций, которые

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

воспринимаются больным как полнейшая реальность. Об этом свидетельствуют эмоциональные реакции больных - экспрессивные, бурные, окрашенные аффектом страха или ужаса.
Галлюцинаторные переживания больных доказываются объективным наблюдением: они встряхивают одеяло, простыню, чтобы удалить оттуда воображаемых насекомых, ловят в воздухе каких-то птиц, отгоняют набрасывающихся на них собак и т.д. Очень часто больные в своих галлюцинаторных переживаниях отражают какую-нибудь привычную для них ситуацию, как это бывает при алкогольном «профессиональном» делирии. Характерны для галлюцинаций больных белой горячкой также разнообразие и сменяемость разворачивающихся картин, которые они видят, возможность вызвать галлюцинации того или иного содержания путем соответствующего внушения. В.А. Гиляровский (1938) наблюдал подобное при алкогольном делирии, предлагая больным смотреть на себя в зеркало. В таких случаях у пациентов возникали отчетливые истинные зрительные галлюцинации. Один из таких больных после долгого рассматривания себя в зеркале неожиданно бросился к нему и хотел разбить. На вопрос о причине он ответил: «В каждом зеркале очень много хитрости». Ему виделись в зеркале лица каких-то людей, которые издевались над ним. По мнению В.А. Гиляровского, предложение галлюцинанту в состоянии делирия посмотреть в зеркало может быть использовано в диагностических целях в еще большей мере, чем рассматривание гладкого листа бумаги, применяемое по предложению М. Рейхардта (1905), или надавливание на глазные яблоки по методу Г. Липмана (1895).

Поведение больных с делириозным синдромом состоит из отдельных актов, служит реакцией на то или иное галлюцинаторное переживание. Они вскакивают с постели, куда-то стремятся, громко поют, хохочут, наливают вино из воображаемой бутылки. К вечеру двигательное беспокойство, как правило, усиливается в связи с усилением галлюцинаций, принимающих в это время устрашающий характер. При этом возможны агрессивные поступки, покушения на самоубийства. Довольно типичный пример развития делириозного синдрома представляет случай, описанный А.А. Портновым (1959, 1971).

Больной Р., 34 лет. Стал выпивать с 21 года, через 8 лет появились запои, сформировался похмельный синдром; употреблял спиртное регулярно, почти ежедневно, за несколько дней до поступления в больницу прекратил употребление вина. На 4-й день воздержания заметил, что «обои сами собой движутся, на абажурах и лампочках играют маленькие мужчины и женщины»; увидел мальчика, который «бежал по стенке», позвал мать: «Иди, посмотри, только не спугни». На следующий день появились слуховые галлюцинации. Мужские голоса предваряли каждое намерение больного. Например, он хочет положить ногу на ногу, а голоса тут же говорят: «Сейчас он положит ногу на ногу». Пытался не обращать на них внимания. Стал чистить картошку, но голоса не прекратились: «Как хорошо он чистит картошку... А все таки мы его убьем». Прислушивался, был тревожен. Молчал. Одновременно были и зрительные галлюцинации: «На подоконнике стоит чудовище с человеческим туловищем и «страшной рожей». Подойдешь к окну, оно исчезает с подоконника, но уже стоит на другой стороне улицы и машет руками». В таком состоянии был госпитализирован. Психоз купирован за 3 дня, на 10-й день больной выписан.

С.А. Суханов (1905) выделил гипногагический делирий, который ограничивается многочисленными яркими, иногда сценоподобными сновидениями или зрительными галлюцинациями при засыпании или закрывании глаз. У таких больных возникает страх, выраженный не резко, иногда возникает аффект удивления. При появлении галлюцинаций больные переносятся в иную, галлюцинаторную обстановку. При открывании глаз или пробуждении критическое состояние к болезненным симптомам и ориентировка иногда восстанавливаются не сразу. Гипногагический делирий длится 1-2 ночи и может сменяться иными делириозными картинами.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Обычный, типичный алкогольный делириозный синдром с помрачением сознания исчезает, как правило, через 3-4 дня, иногда несколько позже; затем наступает полное выздоровление. Выздоровлению сопутствует крепкий сон, после пробуждения больные становятся спокойными; галлюцинаций уже нет, сознание восстанавливается полностью.

Лишь в некоторых случаях, несмотря на прояснение сознания и исчезновение галлюцинаций, довольно долго (на протяжении нескольких дней или даже недель) больные могут высказывать отдельные бредовые идеи, которые служат отражением бывших галлюцинаторных переживаний. Затем такой резидуальный (остаточный) бред постепенно стушевывается и исчезает.

Критическое окончание психоза свойственно в основном мужчинам; у женщин чаще наблюдается литическое завершение делирия. Делирий во многих случаях сменяется промежуточными синдромами, в большинстве случаев это астенические состояния.

Картина абортивного делирия определяется единичными зрительными иллюзиями, встречаются акоазмы и фонемы, преобладает однообразный аффект тревоги. Ориентировка во времени может быть нарушена. Продолжительность такого варианта делирия не превышает 1 сут.

Мусситирующий (бормочущий) делирий. Выделение этого вида дели-риозного помрачения сознания очень важно в практическом отношении. Мусситирующий делирий сменяет, как правило, типичный делирий при его утяжелении, нередко он возникает при энцефалопатии Гайе-Вернике. Развивается глубокое помрачение сознания с особыми двигательными и речевыми нарушениями. Больные не реагируют на обращение, двигательное возбуждение ограничивается пределами постели. Это ощупывание, разглаживание, хватание, стягивание одеяла, «обирание» или карпология (перебирание пальцев, от греч. *«карпос»* - палец). При этом часто определяются неврологические стигмы возбуждения - миоклонические подергивания различных мышечных групп, хореиформные гиперкинезы. Речевое возбуждение также носит отпечаток «органического характера» - наблюдается повторение одних и тех же слогов, звуков, междометий, коротких слов, которые больные произносят едва слышно. Могут появляться также и симптомы орального автоматизма, глазодвигательные нарушения, гипертермия. При утяжелении «бормочущего» делирия развивается оглушение. В случае выздоровления полностью амнезируется весь период болезни, в то время как при классическом делириозном помрачении сознания отдельные проявления галлюцинаторных расстройств могут вспоминаться после купирования психоза (лакунарная амнезия).

Профессиональный делирий. Здесь картина психоза начинается как типичный вариант делириозного помрачения сознания, затем возбуждение становится молчаливым, оно принимает характер автоматически повторяемых действий, связанных с привычной профессиональной деятельностью (больные «стирают белье», «шьют иголкой», «гладят белье», «печатают» и др.). Речевой контакт с такими больными труден, хотя иногда они дают односложные ответы. В некоторых случаях при профессиональном делирии у больных возникают ложные узнавания окружающих лиц, отмечается изменчивость ложной ориентировки в окружающем. Ориентировка в собственной личности сохранена. Профессиональный делирий чаще всего характеризуется полной амнезией. При утяжелении он может переходить в мусситирующий делирий, а затем в оглушение. При всех вариантах развития делириозного помрачения сознания выражены соматовегетативные компоненты синдрома: тахикардия, лабильность АД, потливость, субфебрилитет, гиперемия лица. В некоторых случаях можно видеть в структуре делирия явления вербального галлюциноза, которые иногда становятся массивными, а затем имеют тенденцию к ослаблению.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Онейроидное (сновидное) помрачение сознания. В. Куллен (1769) в своей нозологической методической систематике выделял онироди-нию, правда, без подробного специального описания этой формы патологии, отмечая особое расстройство сна с яркими сновидениями тягостного содержания. Первое описание онейроида и сам термин были даны В. Майер-Гроссом (1924). Он описал онейроидный синдром, онейроидное состояние как психоз, характеризующийся калейдоскопичностью переживаний, в которых сливаются в единое целое реальное, галлюцинаторное и иллюзорное, что создает картину сно-видности. А.Н. Молохов стал впервые использовать понятие «онейро-идная кататония» (1936) применительно к случаям кататонических психозов со сновидным помрачением сознания. Л. Медуна (1950) выделил из группы шизофрений типы, характеризующиеся острым началом заболевания с недостаточно ясным сознанием, расстройствами восприятия, дереализацией, нарушением «схемы тела», отмечая хороший прогноз с полной обратимостью всех симптомов. Эти случаи он отнес к «онейрофрении», понимая ее как самостоятельную болезнь.
Однако в отечественной литературе еще С.С. Корсаков выделил сно-подобное, или сновидное, состояние сознания (1901), отметив его некоторые отличительные особенности.

Онейроидное помрачение сознания сопровождается полной отрешенностью больного от внешнего мира при наличии ярких фантастических, грезоподобных переживаний сновидного характера. В сознании больных возникает самая причудливая смесь, с одной стороны, фрагментов реальности, а с другой - необычайных, калейдоскопических, изменчивых по своей фабуле представлений и образов. Вся симптоматика онейроида в целом очень напоминает сновидение по содержанию внутренней картины, но формируется как психоз, имеющий определенные стадии развития и особую динамику. Онейроидное помрачение сознания всегда сопровождается развитием либо депрессивного, либо маниакального аффекта, проявлениями кататонического ступора или возбуждения с последующей, различной по степени выраженности амнезией в отношении пережитого. Особенностью является то, что многие больные впоследствии могут дать сведения о том, что они «видели», «слышали» во время болезни. При онейроидном помрачении сознания наблюдаются также изменение самосознания с перевоплощением «я» и диссоциация между стремительно развивающимися динамичными, как в сновидениях, фантастическими событиями и внешней неподвижностью (ступор) или бессмысленным растерянно-патетическим кататоническим возбуждением.

Развитию онейроидного помрачения сознания с кататоническими расстройствами предшествуют аффективные нарушения в виде депрессии или мании, сменяющиеся острым чувственным бредом интерметаморфозы, антагонистическим (манихейским) бредом. Клиническая картина онейроида развивается вследствие усиления непроизвольного фантазирования с наличием очень ярких представлений о различных необычайных, часто почти сказочных событиях: о путешествиях, божественных превращениях, всемирных катаклизмах, войнах, космических полетах, межгалактических катастрофах, нашествиях представителей внеземных цивилизаций, суперроботов. Это может осознаваться и переживаться одновременно с реальными событиями, происходящими с больными на самом деле, и сопровождаться правильной ориентировкой в окружающем. В таких случаях говорят о начальном этапе онейроида - ориентированном онейроиде. Затем по мере углубления расстройства развивается онейроидное, или сновид-ное, помрачение сознания. Внешне у таких больных отмечается полная отрешенность от окружающего фантастическим содержанием их переживаний, видоизменением своего «я», а затем его перевоплощением. Больные как будто бы загружены, окружающее проходит «мимо» них, не привлекает их внимания. Выражение лица соответствует характеру переживаний - это или радость удивления, изумление, или ужас, оцепенение, или

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

крайняя тревога. В зависимости от преобладания тех или иных переживаний, связанных с наличием либо иллюзорно-фантастических явлений, либо грезоподобных, можно условно говорить об иллюзорно-фантастическом, или грезоподобном, онейроиде. Во многих случаях эти компоненты соединяются, и картина становится полиморфной. Совершенно очевидно соответствие чувственных оттенков переживаний основному аффекту - радостные, сказочные и интересные перевоплощения сопровождаются экзальтацией, возбуждением; ужасы и катастрофы - депрессией с субступором или ступором (кататонической природы).

После разрешения психоза некоторые больные достаточно подробно рассказывают о картине пережитого онейроида, правда, не всегда помнят реальную обстановку. У других больных обнаруживается полная амнезия, но в дальнейшем появляются воспоминания о том, что с ними происходило.

С.Т. Стоянов вторым после В. Майер-Гросса в монографии «Оней-роидный синдром в течении периодической шизофрении» (1968) подробно изучил и описал этот вид патологии, показав, что онейроидный синдром - итог предшествующих метаморфоз клинического расстройства со сменой стадий от бреда значения и интерметаморфозы до фантастического бреда и так называемого ориентированного онейроида, после чего развивается типичный онейроид. Приводим авторское наблюдение.

Больная Т-на З.И., 1927 г. рождения. Находилась в больнице им. П.Б. Ганнушкина с 8 ноября 1960 г. по 3 апреля 1961 г. *Анамнез.* Отец спокойный, общительный, чуткий человек. Мать раздражительная, вспыльчивая, злопамятная. Старшая сестра в связи с изменой мужа покончила жизнь самоубийством.

Ранее была уравновешенной. Родилась 5-й по счету. Вскармливалась искусственно, болела рахитом. Ходить начала в 4-летнем возрасте, тогда же говорить. С того времени была бойкой, подвижной, общительной. В 6 лет перенесла коклюш. Училась с 8 лет, плохо: несмотря на усидчивость, с трудом запоминала. Окончила 3 класса польской школы. Затем, учитывая трудности учебы по иной программе в русской школе (местечко присоединилось к СССР в 1939 г.), пошла в школу рабочей молодежи, но вскоре ее оставила. Работала гладильщицей белья в прачечной. В 1944 г. была изнасилована, после чего заболела сифилисом. Лечилась в венерическом диспансере 1,5 мес, затем 4 мес получала амбулаторное лечение, после чего была принята на работу помощницей повара столовой. Всего до 1952 г. прошла 12 курсов лечения (в последующем во время беременности еще 2 курса). Менструации с 19 лет, регулярные, болезненные. С 1947 по 1949 г. дважды пыталась устроить личную жизнь, но неудачно. Все время работала поваром, получала премии. Была живой, веселой, общительной, чуткой. Бывала на танцах, посещала кино и театры. В 1953 г. поехала в геологическую экспедицию на Дальний Восток. В 1953 г. перенесла атаку суставного ревматизма. В 1956 г. вышла замуж. Жизнь сложилась хорошо. Имела 4 беременности, из них 3 окончились криминальными абортами, 1 - нормальной беременностью. Родила здорового мальчика. Домой из роддома вернулась в хорошем состоянии, ухаживала за ребенком, вела хозяйство, недосыпала. Через 1,5 мес после родов стало казаться, что идет слежка. В это время заболела фурункулезом, затем гриппом. С середины февраля 1959 г. появился безотчетный страх, снились кошки и собаки, сидящие в углу комнаты. Проснувшись от страха, старалась не смотреть в угол комнаты. 17 марта стала растерянной, металась с ребенком по городу, брызгала его водой «от страха». Поехала к священнику отслужить службу, чтобы снять «порчу». Пересаживалась на трамваи, идущие в противоположных направлениях. Кричала: «Спасите ребенка!» Прощалась с городом: «Прощай, меня увозят на кладбище». Ждала, что ее будут распинать на кресте. Считала, что всех мужчин и женщин положили на аборт. Была госпитализирована в Хабаровскую психиатрическую больницу. Там была дезорганизована, возбуждена, галлюцинировала. Отмечался фебрилитет. Лечилась антибиотиками, аминазином. Об

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

этом периоде помнит смутно. Думала, что находится в тюрьме, как будто бы привязана к кровати. Считала, что на нее действуют электрическим током. Затем пережила состояние, в котором ощущала себя летящей в самолете. Слышала гул мотора: лежала там на электрической кровати и была предупреждена, если двинется - умрет. Разговаривала с сопровождающими ее врачами. Затем видела себя лежащей в больнице в Индии, где ей предоставляли исключительно хорошие условия. Отсюда вновь летела на самолете в Советский Союз в сопровождении тех же врачей. Получала аминазин. Постепенно разобралась в окружающем. После периода с колебаниями настроения выздоровела, но продолжала ощущать слабость. Поехала в дом отдыха. Узнала, что муж оставил ее в связи с болезнью. Там появилась тоска, не хотелось жить. Затем настроение выровнялось. Устроилась на работу поваром, но из-за неприятностей по работе в марте 1960 г. оставила ее. Затем пыталась устроиться жить у родителей в деревне, у сестры в совхозе, но нигде не преуспела, не могла устроиться на работу. Уехала в Гродно.
С мая 1960 г. стало казаться, что соседи к ней плохо относятся, опасалась быть зарезанной. Стала тоскливой, в поисках работы подходила к дверям учреждений, но войти не решалась. Плохо спала. С 3 ноября настроение резко повысилось. Считала себя «большой головой». Перестала разговаривать с сестрой: сочла это ниже своего достоинства. Вместе с детьми 6 ноября поехала в Москву, в Совет Министров. Хотела просить отправить ее в космос, устроить на работу в Москве. Была вместе с детьми в Кремле, на Красной площади. Ночевала в гостинице. Но платить за нее впредь было нечем - отправилась на Белорусский вокзал в милицию с целью получить помощь, изложила смысл своего приезда. Оттуда была отправлена в больницу им. П.Б. Ганнушкина. *Психическое состояние.* Растеряна. Внешне опрятна, упорядочена. В часы трудотерапии работает, но часто отвлекается, встает. Врачу отвечает с благодушной улыбкой. Правильно называет дату. Довольна пребыванием в больнице: ей здесь нравится. Охотно, монотонным голосом рассказывает о цели приезда: хотела рассказать главе Правительства, как живут люди на периферии, и предложить отменить деньги, так как «людей из-за денег убивают, и купить без денег ничего нельзя». Намеревалась благодарить «за мир от матерей». Хотела просить отправить ее в космос. Сообщает все анамнестические сведения. С 11/XI начато лечение аминазином. С 27/XI тосклива, лежит в постели. Заявляет, что хочет лететь на Луну. Об этом ей говорили «в Правительстве». Не объясняет сказанного. 3/XII рассказала, что часто снятся сны. Недавно видела, что бросилась под колеса, чтобы чем-нибудь острым проткнуть шину - вывести машину из строя. Сокрушенно говорит, что не придется летать в космос, так как ракету только что отправили. Говорит, что теперь умрет, так как у нее болит поясница, ее «парализовало». Иногда спокойна, благодушна. Написала родителям письмо: «Любите нашу столицу Москву. В ней так тепло и уютно всем народам многонациональной страны». 31/XII спокойна, упорядочена. Рассказала, что за месяц до поездки в Москву стало казаться, что соседки хотят «околдовать» ее, чтобы не было мужа. Испытывала страх. Плохо спала. Снились устрашающие сновидения. Собиралась застрелить мужа, если он войдет к ней в спальню. Приехав в Москву, замечала, что за нею следили какие-то женщины и милиция, предполагала, что ее считают шпионкой. В первые дни пребывания в больнице не понимала, где она. Казалось, что в общежитии. Чувствовала, что готовится нападение на Москву. Немцы уже под Москвой. Временами «как во сне» видела, что уже идет война. В окно лезли немцы, рядом - зеленое поле с множеством людей, а недалеко от них рвутся снаряды, земля перепахана взрывами. Она ведет наблюдение, чтобы люди не шли по другой стороне дороги, разделяющей эти 2 участка. Считает, что заболела еще в мае 1960 г. (стала тоскливой, боялась, что муж ее зарежет). В Москву приехала по болезни. По дороге в больницу казалось, что летчики везут в самолете. В больнице видела, как о ней и ее жизни показывают по телевизору. Глаза окружающих казались большими и выпуклыми. Цветы, стоявшие в шкафу, принимала за своих детей, каждый день

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

поливала их. Никому не говорила, так как боялась, что их выбросят. Через неделю поняла, что находится в больнице. Не рассказывала о своих переживаниях, потому что все пережитое вспоминалось постепенно. Рассказывает, что в течение всего времени, начиная с мая 1960 г., отмечались колебания настроения. Сейчас считает себя здоровой. Утверждает, что стала спокойнее, чем до болезни, меньше раздражается. В отделении несколько неряшлива, много лежит. Малоподвижна, безынициативна. В беседе монотонна и однообразна. *Соматическое состояние:* избыточного питания, нарушение жирового обмена.

Неврологическое состояние: левый зрачок чуть больше, чем правый. Реакция на свет средней живости; конвергенция удовлетворительная; коленные рефлексы слева больше, чем справа; ахилловы - слева меньше, чем справа; патологических рефлексов нет. Симптом Ромберга (-); скороговорки - удовлетворительно. *Заключение:* данных о нейролюесе нет. Лабораторные данные в норме. Выписана 03.04.1961 г.

У больной первый приступ заболевания развился после периода, характеризовавшегося аффективными нарушениями в виде безотчетного страха, расстройствами сна, устрашающими сновидениями. Начало заболевания проявилось состоянием бреда интерметаморфозы, затем быстро развился острый фантастический бред, перешедший в онейроид. По окончании приступа наступила нестойкая ремиссия с отдельными параноидными явлениями. В течение 2-го приступа обращали внимание на преобладание ориентированного онейроида, по сравнению с истинным, и маловыраженные кататонические явления в онейроидном периоде. Если 1-й приступ психоза вызывал сомнение в смысле отнесения его к шизофрении - его можно было диагностировать и как послеродовой психоз, то последующее течение заболевания уже не оставляло сомнений в его шизофренической природе.

У некоторых больных с первых дней развития острого психотического состояния, трансформирующегося в онейроид, повышается температура. В утренние часы она, как правило, бывает нормальной или субфебрильной, а в вечерние не превышает 38 °С. В отдельные дни отмечается так называемая температурная инверсия, так как утром температура оказывается более высокой, чем вечером. Температурная кривая вследствие этого имеет неправильный характер, в ней невозможно найти какие-нибудь закономерности: продолжительность периода повышенной температуры составляет от 2 нед до 2 мес. Общий вид больных достаточно характерен: гиперемия кожных покровов, лихорадочный блеск глаз, запекшиеся губы, темно-коричневый налет на языке, отдельные кровоподтеки, чаще в местах инъекций лекарств или ушибов, признаков похудания при этом не отмечается. Все же, несмотря на повышенную температуру и довольно тяжелое соматическое состояние, у подобных больных либо совершенно отсутствуют признаки астении, либо она нерезко выражена. После исчезновения возбуждения, купирования онейроидных расстройств и появления ориентировки в окружающем возникает следующий период болезни со сниженным настроением, малой доступностью. Иногда, чаще в вечерние часы и ночное время, у больных вновь возникают онейроидные проявления эпизодического характера, сопровождающиеся или возбуждением, или ступорозными состояниями. В этом периоде возникают нестойкие, фрагментарные идеи отношения и воздействия бредового характера. Некоторые больные жалуются на пустоту в голове или наплывы мыслей, навязчивое повторение какой-либо фразы, мелодии. Все эти симптомы, нестойкие и непродолжительные, спустя 1-2 нед исчезают, и нередко на фоне вялости и раздражительности возникают сенестопатии. Пациенты жалуются на боли в пояснице, голове, конечностях, других частях тела, на общее недомогание, неприятное ощущение в сердце, желудке, горле. Подобные явления наблюдаются примерно в течение 2 нед, после чего вялость, раздражительность и сенестопатии уменьшаются, больные рассказывают о содержании онейроида. Б.Д. Цыганков (1997),

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

подробно описавший подобные расстройства, приводит достаточно показательный клинический пример.

Больная Б-ва, 1955 г. рождения, история болезни № 1553/1736. Поступила 05.07.1983 г. Выписана 16.08.1983 г. *Наследственность.* Дед по линии отца состоит на учете у психиатра с диагнозом «органическое поражение ЦНС». Во время ВОВ перенес тяжелую черепно-мозговую травму. С 1970 г. весной и осенью возникают психотические состояния с преобладанием идей преследования, воздействия. Отец был по характеру добродушным, покладистым, заботливым семьянином. Страдал ишемической болезнью сердца, умер от инфаркта миокарда. Мать малообщительная, замкнутая. По отношению к дочери с детства проявляла гиперопеку, ограничивала ее свободу, круг общения, постоянно требовала, чтобы дочь вела образ жизни, отвечающий ее требованиям. У матери несколько раз при приеме амидопирина развивался аллергический дерматит; однажды после введения новокаина развилась тяжелая реакция типа анафилактического шока с потерей сознания, бронхоспазмом, коллапсом, потребовавшая неотложных мероприятий. Больная была единственным ребенком в семье. Беременность матери протекала с токсикозом I половины. Родилась в асфиксии. В возрасте 1 года было диагностировано увеличение аденоидов, в 2-летнем возрасте произведена операция аденомэктомия. С раннего детства была очень привязана к матери, трудно сходилась со сверстниками в силу стеснительности, легкой ранимости, часто подвергалась насмешкам, после чего плакала, замыкалась в себе, причем обиды легко прощала, не старалась ответить тем же, отомстить. В школу пошла с 7 лет, училась средне, была прилежной, часто ставилась в пример другим. Ровно успевала по всем предметам, не отдавая каким-либо предпочтения. Дома также была послушной, аккуратной, охотно помогала в домашних делах, была привязана к родителям, время проводила в домашнем кругу, иногда встречалась с двумя близкими подругами. Среди сверстников считалась тихоней, контактировала с ними формально, откровенной была в основном с матерью. Особых интересов, увлечений не имела, нравилось быть в одиночестве, на природе, гуляла в лесу; ей импонировала тишина, возможность уйти в себя, помечтать, пофантазировать. В физическом развитии от сверстников не отставала, менструации с 12 лет, регулярные, безболезненные. В 1971 г., закончив 8 классов, поступила в лесной техникум. Выбрала его, потому что он находился близко от дома и нравилась будущая профессия. Окончив в 1974 г. техникум, работала по специальности. С работой справлялась хорошо, отличалась обязательным, добросовестным отношением к своим обязанностям. В июле 1977 г. (в возрасте 22 лет) без видимых причин стала подавленной, рассеянной, с трудом работала. Усилились свойственная ранимость и обидчивость, часто плакала, говорила, что сотрудники относятся к ней с пренебрежением, обсуждают ее в коридоре, говорят, что она никчемный работник. Данную ей в пансионат путевку расценила как насмешку и намек на то, чтобы она познакомилась там с каким-нибудь мужчиной. Сама себя также обвиняла в различных проступках, пессимистично оценивала прошлое и будущее, не хотела жить. Испытывала чувство неопределенной тревоги, физической тоски за грудиной, преимущественно ночью и утром. В таком состоянии в сентябре того же года была госпитализирована в ПНД № 20 г. Долгопрудного. В приемном покое, после приема аминазина, развился коллапс с потерей сознания. Через несколько минут АД повысилось до 170/100 мм рт. ст., отмечались выраженная тахикардия, потливость, тремор кистей рук. Через 1 ч данная симптоматика исчезла, однако в течение 3 дней у больной отмечался субфебрилитет, расцененный врачами как ОРВИ. В первые дни в отделении была возбужденной, то неадекватно смеялась со слезами на глазах, то рыдала, называла себя проституткой. Инъекции воспринимала как смертельные уколы, называла себя преступницей, требовала ее уничтожить, а имущество конфисковать, так как она опозорила семью. Через 20 дней настроение улучшилось, рассказала, что перед ней разыгрывались сцены ее вины, греховности, окружающую обстановку воспринимала как место для наказания, тюрьму

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

для особо опасных преступников. Находилась на лечении в течение 1 мес, получала аминазин 50 мг, трифтазин 10 мг, циклодол 4 мг. Выписалась с критикой к острому периоду психоза, однако продолжала считать, что на работе ей не доверяют, хотят от нее избавиться. Перешла на новое место работы в архив. Со своими обязанностями справлялась хорошо, старалась делом доказать, что она не хуже других. При этом сохранялось опасение, что сослуживцы могут узнать о ее болезни и все повторится. Несколько раз на улицах ловила ироничные, «понимающие» взгляды, предполагала, что эти люди знают о ее пребывании в психиатрической больнице. В ПНД не обращалась, самостоятельно принимала элениум, тазепам, микстуру с бромом. Спустя 2 мес настроение полностью выровнялось, исчезли прежние опасения. Через 1 год, в июле 1978 г. настроение ухудшилось. Из некоторых разговоров сотрудников поняла, что они о ней все знают, считают неполноценной, специально дают легкие задания, проверяют. 12 сентября стала растерянной, тревожной, не спала ночью, жаловалась, что путаются мысли. 14 сентября поступила в ПНД № 20. При поступлении подавлена, взгляд устремлен в одну точку, большинство вопросов оставляет без внимания. Затем спонтанно начинает ругать себя, просит, чтобы ее лишили жизни. В отделении держится в стороне от других больных, так как считает, что о ней перешептываются, бросают угрожающие, презрительные взгляды, разыгрывают унизительные эпизоды, намекая на то, что ее ожидает. На фоне проводимой терапии (амитриптилин 100 мг, стелазин 30 мг, аминазин 175 мг, галоперидол 14,5 мг, циклодол 6 мг) настроение улучшилось, появилась критика к острому периоду. В данном приступе отмечалась склонность к затяжным коллапсам при внутримышечном введении аминазина. Спустя 2 мес была выписана домой. Как и после первого приступа, в течение нескольких недель избегала контактов с окружающими, вновь сменила место работы. Субъективно считала настроение ровным, хорошо работала, но оставалась подозрительной, недоверчивой, опасалась «особого» к ней отношения. В последующие 5 лет каждый год в июле-августе возникали спады настроения на несколько недель; плакала, говорила, что она неполноценная, над ней смеются, издеваются, так как она душевнобольная. Обвиняла себя, что неправильно жила, высказывала мысли о смерти. В эти периоды обращалась в ПНД, амбулаторно принимала амитриптилин, седуксен, аминазин. В остальное время чувствовала себя хорошо, работала, считала, что отношение сотрудников к ней обычное. В личной жизни оставалась одинокой, не имела подруг, друзей. Интереса к противоположному полу не испытывала, половой жизнью не жила. Не пыталась расширить круг знакомых, после работы стремилась домой, любила почитать, посмотреть телевизор, по-прежнему была привязанной к матери, с которой сохранялись теплые, откровенные отношения. Регулярно один раз в 2-3 мес обращалась в ПНД, амбулаторно принимала реланиум, тазепам, галоперидол в небольших дозах. С 1981 г. стала плохо переносить жару, транспорт - возникали головокружение и головная боль. Часто болела ОРВИ, протекающими бурно и скоротечно, с высокой температурой, интоксикацией. С этого же времени стала дискомфортно чувствовать себя при смене погоды - становилась вялой, сонливой, снижалась активность. Несколько раз отмечалось повышение АД до 170/110 мм рт. ст., сопровождающееся головокружением, сердцебиением, гипергидрозом, тремором, а также тревогой и страхом смерти. Вызывала скорую помощь, данная симптоматика купировалась введением седуксена и гипотензивных средств.

В конце мая 1983 г. стала подавленной, сказала матери, что на работе к ней изменили отношение, наверное, узнали о ее болезни. Стала вялой, рассеянной, часто плакала. Решила поменять работу, 26 июня устроилась на новое место. После конфликта с начальством (из-за опоздания) настроение еще больше ухудшилось, говорила матери, что будет мучать-ся всю жизнь, не хотела никого видеть. 28 июня стала растерянной, тревожной, не находила себе места. В течение нескольких часов развилось выраженное возбуждение: не отвечала на вопросы, что-то бессвязно

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

кричала, рыдала, металась по квартире. 29 июня была госпитализирована в ПНД № 20. При поступлении была возбуждена, растеряна, оказывала сопротивление персоналу, выплевывала пищу и препараты, иногда громко кричала, внезапно падала на пол, билась об него телом, пыталась вскочить на подоконник, выбить стекло.

Характер переживаний не выявлялся, речь была отрывочной, бессвязной; больная оглядывалась вокруг. Был назначен тизерцин 50 мг, трифлу-перазин 15 мг, мепробомат 1,5 мг. На следующий день неподвижно лежала на скамье, на вопросы не отвечала, оказывала сопротивление процедурам, тонус мышц был повышен по пластическому типу. С этого же дня ухудшилось соматическое состояние, температура тела повысилась до 38 °С с неправильным характером лихорадочной кривой, тахикардия до 140 в 1 минуту. Во внешнем облике обращали на себя внимание сухость, бледность кожных покровов, гиперемия и сальность лица. С этого же времени АД поднялось до 160/100 мм рт. ст. с тенденцией к периодическим снижениям и подъемам. С 30 июня наряду с нейролептической назначена инфузионная терапия, включающая растворы глюкозы 5%, полиглюкина, гемодеза, физиологический раствор в суточном объеме до 2,5 л, пирацетам до 4 г/сут. С 2 июля нейролептики отменены. В последующие 4 дня состояние неуклонно ухудшалось: нарастали признаки интоксикации, появился землистый оттенок лица, кровоподтеки. В контакт с больной вступить не удавалось, большую часть времени она находилась в постели с отрешенным, зачарованным взглядом, не обращая внимания на окружающую обстановку, сопротивлялась процедурам. Периодически наступало возбуждение, двигательное возбуждение ограничивалось пределами постели и было стереотипным. Что-то бессвязно кричала, по отдельным фразам можно было понять, что она то находится в космосе, то видит картины войны, то образы фашистов. Несколько раз в течение непродолжительного периода времени становилась относительно доступной, говорила, что слышит голоса внутри головы неприятного содержания. Температура тела держалась на уровнях фебрильных и гиперпиретических показателей.

По жизненным показаниям 5 июля переведена в отделение почечно-печеночной патологии НИИ скорой помощи им. Склифосовского для проведения лимфореи, где наблюдалась совместно с сотрудниками Московского НИИ психиатрии. При поступлении возникало периодическое возбуждение, выкрикивала слова «немцы», «пожар». Контакту была недоступна. Отмечалась тенденция к повторению слов и действий окружающих. Сохранялись симптомы выраженной интоксикации: землистые, бледные, сухие кожные покровы, сальное лицо, артериальная гипотензия, тахикардия, гипертермия центрального характера, «воспалительный» характер изменений в лабораторных показателях крови, повышение уровня средних молекул в крови до 520 (норма 300). Назначены инфузионная терапия в объеме до 3 л/сут и седуксен до 30 мг/сут. Проведена операция дренирования грудного лимфатического протока. Операция протекала без осложнений: лимфа выделялась медленными каплями, была светлой с желтоватым оттенком. На протяжении операции и в последующие часы больная оставалась спокойной. На следующий день состояние улучшилось, оживилась мимика, женщина стала отвечать на вопросы. В речи сохранялись тенденции к эхолалии, первенстициям. Уменьшилась выраженность симптомов интоксикации, температура тела снизилась до субфебрильного уровня. В течение 5 дней психическое состояние было изменчивым: временами была относительно доступной, отвечала на вопросы, выполняла инструкции, рассказывала, что видела внутренним полем зрения картины войны, своего деда, горящего в танке; что испытывала ощущение полета в космосе, видела вдалеке другие планеты, звезды, летящего ей навстречу отца. Большую часть времени лежала в однообразной позе с застывшим, зачарованным взглядом, отрешенная от окружающей обстановки. Периодически становилась возбужденной, причем если днем возбуждение носило преимущественно речевой характер с элементами эхолалии, то к вечеру больная становилась двигательно возбужденной в пределах постели, кричала, что ей

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

страшно, кругом все горит, идет война; пыталась бежать. Лимфорея проводилась в течение 5 дней до 11 июля 1983 г. Всего было выделено 3600 мл лимфы. Динамика показателей средних молекул была следующей: 05.07 (перед проведением лимфореи) - 520 в крови; 07.07 - 490 в крови, 530 в лимфе; 08.07 - 465 в крови, 360 в лимфе. Снижение показателей средних молекул коррелировало с улучшением соматического и психического состояния, уменьшением симптомов интоксикации и нормализацией лабораторных показателей. 12 июля переведена в психосоматическое отделение, где была продолжена инфузионная терапия в объеме 1 л/сут. Через 1 нед с момента проведения дренирования грудного лимфатического протока у больной полностью исчез синдром интоксикации, стабилизировался уровень АД, температура тела эпизодически повышалась до субфебрильного уровня. В дальнейшем психическое состояние значительно улучшилось, женщина вступала в контакт, отвечала на вопросы, отрицала наличие голосов, выполняла инструкции, самостоятельно себя обслуживала.

Была правильно ориентирована в своей личности, месте, но не точна во времени. Вечером или ночью возникали кратковременные периоды преимущественно речевого возбуждения. По обрывкам фраз, выражению страха на лице можно было понять, что она продолжает видеть картины войны.

19 июля переведена для продолжения лечения в ПД № 20, где были назначены лепонекс 75 мг и ноотропил 1600 мг/сут. Соматическое состояние оставалось благополучным, однако отмечалась артериальная гипотензия (АД 80/40 мм рт. ст.), в связи с чем был назначен преднизолон (30 мг/сут). 26 июля (через 20 дней с момента начала проведения лимфореи) периодов возбуждения не отмечалось, появилась формальная критика к психотическим переживаниям, обманов восприятия не выявлялось. Настроение было сниженным, считала себя хуже других, обвиняла себя в различных проступках, отмечались быстрые физическая и психическая утомляемость, раздражительность и слезливость. 16 августа 1983 г. была выписана. На протяжении 1 мес находилась дома, не работала. Мать отмечала ее повышенную утомляемость, раздражительность. Больная практически никуда не выходила, залеживалась в постели, много спала. Амбулаторно продолжала принимать лепонекс 20 мг/сут и ноотропил 1600 мг/сут. С начала октября вышла на работу, постепенно стала более активной, деятельной. В периоды работы постоянно сохранялись опасения, что ее могут посчитать хуже других, к работе относилась внимательно, добросовестно. Дома часто волновалась, что что-то не успела доделать, не так выполнила, мать отмечала, что дочь оставалось вялой, много спала, быстро утомлялась. 16 октября больная была на амбулаторном приеме в Московском НИИ психиатрии.

Психический статус: в первый момент беседы держалась скованно, волновалась, краснела, отвечала на вопросы короткими формальными фразами, речь быстрая, торопливая; женщина часто меняла позу, перебирала пальцами. Через несколько минут беседы раскрепостилась, вела себя более непосредственно, на вопросы отвечала развернутыми фразами, мимика была живая, в речи много простых бытовых слов, на лице часто появлялась натянутая улыбка. Свое состояние определяла как относительно хорошее. Сообщила, что настроение в течение дня остается субъективно ровным, с работой справляется, при этом считает, что многие сотрудники обращают на нее повышенное внимание, знают о ее болезни, за глаза называют сумасшедшей. Старается наилучшим образом выполнять свои обязанности на работе, доказать, что она не хуже других. Объясняет, что многие относятся к ней хорошо, например соседи, но и люди бывают разные, в том числе и плохие, и злые. К перенесенному острому периоду психоза полностью критична. Воспоминания о переживаниях фебрильного периода практически отсутствуют, вспоминает лишь, что казалось, что идет война, кругом полыхает пожар, идут немецкие танки, чувствовала

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

ощущение полета в космосе. Дать развернутую картину или сопоставить эти переживания по времени не может. Речь, мимика эмоциональны, при этом не высказывает адекватной обеспокоенности состоянием, не расспрашивает, чем могло быть вызвано столь тяжелое обострение. Сохраняет положительные социально-трудовые установки. В конце беседы устает, сосредотачивается с видимым усилием, часто не улавливает точный смысл вопросов, отвечает после паузы. Был назначен пиразидол 250 мг/сут. *Катамнез:* на протяжении 1 года продолжала работать, перестала высказывать идеи неполноценности, настроение было ровным.

Клиническая особенность данного случая - развитие онейроидно-го помрачения сознания в динамике заболевания при формировании 3-го приступа болезни, который протекал с выраженным повышением температуры и поэтому определяется как фебрильный. При этом наблюдались характерные клинические проявления. Больная на высоте приступа почти все время проводила в постели, ее вид был отрешенный, выражение лица - зачарованное, она не обращала ни малейшего внимания на окружающее. Затем состояние сменилось возбуждением, она что-то бессвязно кричала, по отдельным ее фразам можно было понять, что она находится в космосе, затем видит картины войны, фашистов. На этом фоне проводилась активная терапия (повторная лимфорея), после чего больная сама рассказала, что видела во внутреннем поле зрения картины военных действий, видела своего деда, который горел в танке, затем испытывала ощущение полета в космическом пространстве, видела вдалеке другие планеты, звезды, летящего ей навстречу отца. Потом стала испытывать страх, была возбужденной, видела происходящую панораму войны, вокруг все горело, было объято пламенем, поэтому она пыталась бежать, хотела спастись. Впоследствии, по миновании приступа, отношение к острому периоду болезни было критическим. Воспоминания о пережитом сохранились фрагментарно, рассказывала о виденных ею картинах военных действий, пожарах, немецких танках, космических просторах с летящими по орбитам разными планетами. Особенности переживаний больной на данном этапе течения болезни укладываются в картину иллюзорно-фантастического онейроида с кататоническими расстройствами (кататонический ступор, затем кататоническое возбуждение). Такие приступы расцениваются как онейроидная кататония или фебрильная кататония с учетом резкой гиперпирексии, не имеющей определенных закономерностей развития лихорадки, характерных для какого-либо соматического заболевания. Таким образом, данный случай иллюстрирует наличие онейроидного помрачения сознания при фебрильной шизофрении.

В отличие от делирия, при котором галлюцинаторные сцены возникают и разворачиваются в реальном пространстве, при онейроиде гре-зоподобные фантастические события разыгрываются так, как это происходит в сновидениях, т.е. как сновидения и псевдогаллюцинации в субъективных переживаниях пациентов. Если при делирии, как уже отмечалось, больной противопоставляет себя галлюцинаторным образам, самосознание и сознание личности не нарушаются, то при онейроиде как раз наблюдается нарушение самосознания, развиваются аффективно-бредовая иллюзорно-фантастическая деперсонализация и дереализация (Пападопулос Т., 1983). Действительно, клинические наблюдения показывают, что при онейроиде наплыв бредовых фантастических представлений приводит к изменению самосознания; формирование образных ассоциаций и соответствующих переживаний более последовательное, чем при развитии делирия. При делирии возникающие образно-чувственные представления сменяются совершенно другими по фабуле, в то время как при онейроиде одно фантастически-призрачное событие вытекает из другого, развивая соответствующую фабулу (война, космические полеты и др.).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Если при делирии поведение соответствует содержанию галлюцинаций (истинных!) и галлюцинаторного бреда, при онейроидном помрачении сознания больные часто остаются неподвижными, малоподвижными или однообразно возбужденными (кататонический аккомпанемент), несмотря на то что в разыгрывающихся в их воображении событиях они совершают ряд последовательных экспрессивных действий, поступков. Таким образом, при онейроиде имеется известная диссоциация между переживаниями больных и их внешним поведением. Выражение лица у людей, находящихся в состоянии онейроидного помрачения сознания, остается однообразным, часто застывшим или зачарованным, тогда как при делирии оно постоянно меняется, отражая эмоциональные реакции больных, адекватные переживаемым событиям галлюцинаторного характера. Важным отличием является и то, что при онейроиде преобладают псевдогаллюцинации, сопровождающие бурное бредовое фантазирование. Это прекрасно описал В.Х. Кандинский (1890) под названием «галлюцинаторный параноид».

Больной Долинин в одном из приступов психоза считал, что производит государственный переворот в Китае. В людях, движущихся по улице, он видел представителей разных общественных фракций, которые вместе с ним участвовали в этом. Он отдавал им распоряжения при помощи сложного аппарата, чтобы избегнуть подслушивания шпионов. Видел, как заседают мандарины в здании совета, окруженном войсками и народом, и столкновения вооруженных отрядов различных партий, слышал звон оружия, команду и ружейные залпы. После победы его сторонников для него, как героя, играл военный оркестр, расположившийся недалеко от его дома и т.д., причем в эти моменты больной не замечал окружающих его предметов.

Больной Лошков, бывший в первые месяцы болезни медлительным, почти не реагировавший на вопросы, пытавшийся покончить с собой, убежать из больницы, в дальнейшем стал высказывать отдельные бредовые идеи преследования, был агрессивным, полностью перестал отвечать на вопросы. Однажды с выражением ужаса на лице двигался по отделению на коленях, не реагируя на окружающее. При выходе из болезненного состояния он утверждал, что был участником фантастических событий. Ему казалось, что он не в больнице, а в тюрьме и что в канале, находящемся за оградой, живет крокодил, пожирающий тех, кто пытается бежать. Собираясь бежать, больной вдруг почувствовал, что попадает в чрево крокодила. Он вырывается оттуда и, разрывая внутренности крокодила, начинает двигаться вперед. Одновременно больной видел стены коридора, но не понимал, что перед ним, был уверен, что находится в чреве крокодила.
В трудах С.С. Корсакова (1891, 1901) уже имеется клинико-психо-логическое изложение и описание сноподобного, или сновидного, состояния сознания, которое развивается, по мнению автора, при заболевании, названном им «дизнойя» (впоследствии Э. Блейлер обозначил его термином «шизофрения»). С.С. Корсаков задолго до В. Майер-Гросса утверждал, что «подобно тому, как во сне значительно уменьшается доступ к сознанию внешних восприятий, а внутри продолжается иногда деятельная, хотя и неправильная работа репродукций (воспоминаний) в форме очень причудливых сновидений, так и у душевнобольных может существовать иногда только крайне смутное восприятие окружающего, и вся душевная деятельность сводится на малосвязанное сочетание репродукций частью между собою, частью со смутными изолированными восприятиями внешнего мира».

С.С. Корсаков приводит историю болезни пациента, интеллигентного человека, еще не вышедшего из такого состояния, но начавшего уже поправляться, который так говорил о том, что испытывает:

«Конечно, чрезвычайно неприятное положение... и видишь, и не видишь... видишь так, а выходит иначе... Лежишь как будто в постели, а выходит, что нет... что в каком-

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

то люке корабля... да и корабль-то воздушный с приспособлениями. То поднимаешься, то опускаешься, и говорят - от тебя спасение мира. Вот эта комната - как будто это и клиника. а в сущности здесь есть проход в Задонск. в одно время и Задонск, и Москва... Москва, да не та, а искусственная... Настоящая-то, может быть, давно уже провалилась, потому что и города, и столицы, и все проваливалось постоянно... А стоило только повернуться и шевельнуть ногой, чтобы провалы прекратились. Ну, и стараешься, встаешь, бежишь, а эти - их называют служители - удерживают, происходит, очевидно, борьба... потому что они, впрочем, «так называемые» служители... Они тоже искусственные. искусственных людей много сделалось. настоящие-то провалились, так нужно же мир населить. вот искусственные. вроде говорящих кукол. У меня ведь тоже горло совсем не мое, а искусственное. вроде машины, заряженной электричеством, которая все должна двигать. Ужасную чувствуешь силу. и вот при этом-то внушают: пляши. и пляшешь - против желания пляшешь. Священник входит - ну, мне таких, говорит, не надо. здесь мне дела нет. Все какие-то франкмасоны соберутся. тут у них все и знаки, и говорят: ?Мы боги" Иеговы. и начинается итальянское путешествие. а чувствуешь, у самого вместо глаза - репей, как в сказке про сатану: дал понюхать дроби, а вместо глаза репей и вырос. Превращения ужасные. Представьте, я отец кошки... сажусь на трон славы, испускаю дух и 2 котов».
Часто среди такого рода беспорядочных сочетаний, как наблюдал С.С. Корсаков, «являются какие-нибудь суждения, чрезвычайно волнующие больного, как при кошмаре. Иногда они вызывают в больном дикие побуждения. Пришедши в себя, больной подчас решительно не помнит, что было».

Сумеречные состояния (помрачения) сознания. Особенностью данного типа помрачения сознания можно считать внезапность его возникновения и такую же внезапность разрешения, что характеризует сумеречное расстройство как пароксизмальное проявление «выключения» сознания. В отличие от делириозного помрачения сознания здесь наблюдается глубокая дезориентировка, длительность которой чаще всего составляет от нескольких минут до нескольких часов. Возбуждение при сумеречном расстройстве сознания выражено гораздо резче, чем при делириозном, при этом может отмечаться внешне упорядоченное поведение. Могут наблюдаться массивные галлюцинаторные расстройства различных видов (зрительные, слуховые), очень часто отмечаются аффекты тоски или страха, злобы. У больных эпилепсией в ряде случаев продолжительность сумеречных расстройств сознания может быть весьма значительной (до нескольких суток).

После разрешения психоза с сумеречным помрачением сознания у больных отмечается тотальная амнезия, лишь очень редко проявляется описанная ниже ретардированная амнезия, когда после разрешения психоза на протяжении небольшого промежутка времени (минуты, часы) воспоминания о психотической симптоматике сохраняются, а затем исчезают.

В клинической практике известно несколько типов сумеречного помрачения сознания. *Типичный, или простой, вариант* характеризуется тем, что внешне поведение больных выглядит упорядоченным и в общем правильным. Однако при этом объективно наблюдается отрешенность или отрешенная угрюмость со злобным выражением лица. У многих больных отмечается полная утрата речи: они молчаливы, напряжены или имеют место стереотипные высказывания. При этом могут проявляться отдельные признаки настороженности, подозрительности, а также эпизодические и кратковременные галлюцинаторные расстройства, признаки бредового настроения. Разрешение психоза критическое, с полной амнезией, часто с глубоким сном.
Галлюцинаторный вариант сумеречного помрачения сознания чаще всего встречается в практике у больных эпилепсией. Психоз в таких случаях начинается с

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

появления иллюзий, затем возникают галлюцинации: зрительные, слуховые, а также общего чувства. Больные видят искры, красный цвет, кровь, часто переживания принимают устрашающий характер, больных охватывает ужас, заставляющий пускать в ход все средства защиты и нападения. Может появиться галлюцинаторная спутанность с буйством, стремлением убивать, рвать на части, терзать.

В таком состоянии совершаются самые жестокие преступления, больные наносят удары сокрушительной силы, их не могут удержать несколько крепких, здоровых людей (Гиляровский В.А., 1935). Глубина сумеречного помрачения сознания может значительно варьировать. В более тяжелых случаях возникают спутанность, бессвязность, больные с трудом выговаривают слова, что-то мычат.

В других случаях элементарная ориентировка сохраняется, больные могут узнавать некоторых близких им людей, у них сохраняются фрагменты самосознания. Галлюцинации мимолетны, незначительны, преобладает аффект злобы и страха. Такой тип помрачения сознания иногда обозначают как ориентированные (дисфорические) сумеречные помрачения сознания (Снежневский А.В., 1983).

У ряда больных возникают изменения в переживаниях ощущений собственного тела: отмечается потеря различения между правым и левым, неумение ответить на самые элементарные вопросы. Нередки феномены видения или ощущения двойника, что может быть связано с расстройством оптической и тактильной схемы тела. Может исчезать мера времени: длительный промежуток времени кажется кратким мигом. Наряду с сексуальными взрывами в подобного рода сумеречных состояниях переживается ощущение гибели и нового рождения, шок «соматического я» или, по выражению К. Вернике (1900), «мутация соматопсихической сферы». Слуховые галлюцинации могут быть довольно яркими: голоса, пение, угрозы, шипение, писк, завывания страшных чудовищ, готовых уничтожить больного, может появляться запах серы, паленого мяса и т.д. Подобный тип сумеречного состояния также развивается очень быстро и неукротимо нарастает до степени буйства, неуправляемого поведения, бывают и попытки самоубийства.
Бредовый вариант сумеречного помрачения сознания, который выделяется некоторыми психиатрами, характеризуется внешне как будто бы упорядоченным поведением, однако при этом обращают на себя внимание отсутствующий взгляд больных, какая-то особая сосредоточенность и молчаливость, что придает поведению пациентов оттенок «осознанности» и «целенаправленности». При прояснении сознания, которое, как и возникновение его расстройства, наступает чаще внезапно, больные относятся к своим поступкам (часто антисоциальным) как к совершенно чуждым им. У многих из них в дальнейшем при расспросе можно получить сведения о бредовых переживаниях в периоде расстроенного сознания. Это дает повод судебным психиатрам описывать сумеречные расстройства сознания с отсутствием амнезии.

Сумеречные состояния без бреда, галлюцинаций и злобно-тоскливого аффекта рассматриваются как *амбулаторный автоматизм.* У таких больных развиваются автоматизированные движения и действия. Они могут, например, выйти из дома с определенной целью, а затем неожиданно и непонятно для самих себя оказываются в совершенно незнакомом месте, часто очень далеко от дома, а иногда и просто в другом городе (известно так называемое «путешествие из Бомбея в Калькутту», совершенное больным в состоянии психического автоматизма). Во время подобных необъяснимых «путешествий» пациенты производят впечатление несколько отрешенно-растерянных, погруженных в свои мысли людей, которые затем внезапно «приходят в себя» и ничего не помнят о случившемся.

Фуги - очень кратковременное состояние амбулаторного автоматизма (от лат. «фуга» - выбегание, убегание). Больной внезапно для окружающих, не понимая, что с ним

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

происходит, без всякой причины бросается бежать или останавливается и начинает снимать с себя одежду или вертится волчком. Все это «действие» длится 1-2 мин и прекращается так же внезапно, как началось. Придя в себя, больной не понимает, что с ним было, выглядит недоуменным. У одного и того же больного, страдающего, например, эпилепсией, могут возникать различные типы сумеречных помрачений сознания.
Пример сумеречного помрачения сознания, вызванного интоксикацией индометацином, приводит в своей работе В.Г. Соцков (1991).

Больной Т., 55 лет, рабочий, поступил на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в 1987 г. В детстве ничем не болел, закончил 11 классов вечерней школы. Служил в армии 3 года, служба протекала нормально. Впоследствии был дважды осужден за хулиганство, травмы головы отрицает. В 44 года перенес гломерулонефрит, через 3 года оперирована паховая грыжа, вскоре в ДТП получил перелом 8 ребер слева, левой лопатки и ключицы. Характеризует себя как спокойного и уравновешенного. С 30-летнего возраста злоупотребляет алкоголем, запои продолжительностью до 3 дней; похмельно-абстинентный синдром в виде тошноты, рвоты и головных болей сформировался быстро, отмечались алкогольные палимпсесты. По поводу алкоголизма не лечился. Последние 2 года пьет 2-3 раза в месяц от 1 л пива до 0,7 л красного вина. С женой состоит в разводе, проживает с сожительницей, имеет 5-месячного ребенка.

13.11.1987 г. у Т. появились сильные боли в области коленного и тазобедренного суставов. По поводу люмбоишиалгии лечился амбулаторно (электротерапия), однако появились боли в области тыла левой стопы, а затем связанная с ними бессонница. 27.11 вновь обратился к невропатологу, был назначен индометацин по 0,025 г 3 раза в сутки. Однако лекарств не принимал, а 30.11 выпил 250 мл вина и 0,5 л пива. 02.12 отпросился с работы и поехал в поликлинику. Как следует из показания свидетелей, в 13 ч 30 мин Т. стоял в коридоре поликлиники на коленях и тянул к себе лежащую на стуле женскую шубу. На вопрос медсестры: «Зачем вы это делаете?» - Т. ответил: «Я ехал с этой женщиной». На вопрос о цели пребывания в поликлинике сказал, что пришел на прием к врачу, а в поликлинике бардак. Затем Т. пошел по коридору, выронил какой-то предмет, нагнувшись, стал его искать. На вопрос о том, что он здесь ищет, Т. ответил: «Сигареты». Увидев проходившую мимо уборщицу поликлиники, которая несла шарф, Т. заявил: «Это мой шарф! Что, я вор вам?» - и взял шарф. На вопрос медсестры, знает ли он, куда пришел, Т. ответил, что ему «надо анализы». Около 14 ч Т. зашел в рентгеновский кабинет с ведром в руке, дошел до середины кабинета и спросил у медсестры: «Где у вас тут штукатурят?». Т. назвал ее Женей, поставил ведро на пол и взялся руками за кассету рентгеновского аппарата. Медсестре Т. показался «психически ненормальным», по ее словам, говорил он «невнятным голосом». Как показала врач поликлиники С., к ней в кабинет днем 02.12 зашел Т., одетый в пальто и шапку, и попросил попить. Выпив воды, стал закрывать дверь со стороны кабинета. С. сказала ему, чтобы он уходил. Т. вышел, через 5 мин снова вошел в кабинет и стал что-то искать. На вопрос, что он ищет, Т. ответил: «Ищу кирпич. Хочу положить его к двери, чтобы не закрывалась». Внешний вид Т. показался врачу странным, однако по внешнему виду нельзя было сказать, что он пьян. Затем Т. взял у сестры-хозяйки связку стульев и понес их к двери. На вопрос, зачем он это делает, Т. ответил: «Чтобы не украли». В 16 ч 20 мин медсестра М. заявила, что к автобусной остановке возле больницы шел Т. Он нес старый чайник, был одет в пиджак и шапку врача поликлиники. М. сказала ему, что он украл у врача вещи и что ему надо прийти в поликлинику, где его ждет милиция. Т. спросил: «А что, мою шубу нашли?» - и пошел вместе с М. в поликлинику, но затем убежал от медсестры.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Как следует из материалов уголовного дела, 02.12.1987 г. в период с 9 до 14 ч у врача поликлиники П. были похищены из врачебного кабинета пальто, пиджак и шапка. Пальто П. оказалось на вешалке в гардеробе поликлиники, в кармане этого пальто были обнаружены часы, принадлежащие Т. Когда Т. вернулся в поликлинику, на нем были 2 пиджака и

шапка. Верхний пиджак и шапка принадлежали врачу П. Экспертизы алкогольного опьянения после задержания Т. проведено не было. Как показал на предварительном следствии Т., приехав в поликлинику 02.12.1987 г., он разделся в гардеробе, прошел физиотерапевтические процедуры, затем оделся в свою одежду и около 13 ч вновь приехал на свою работу, где пробыл до 15 ч. После этого в подъезде своего дома выпил около 0,7 л портвейна, сильно опьянел и поехал в поликлинику к врачу, так как у него болела нога. Разделся в гардеробе поликлиники, получил номерок, зашел в кабинет к невропатологу, потом искал хирургов, хотел объяснить им, что процедуры не помогают. Хирургов не нашел, пришел в гардероб, отдал номерок, гардеробщица отдала пальто и шапку. «Дальше помню, - продолжал Т., - что пошел к дому, попал в какое-то здание, женщины в белых халатах мыли полы. Подумал, что попал на хлебокомбинат. Спросил об этом у женщин, но те сказали, что не туда попал. Я сказал им: «Что, я свой завод не знаю?". Потом подошел какой-то мужчина, я спросил у него, где раздевалка, он ответил: «Давай одежду мне». Я испугался, одежду не отдал. Потом помню, что стоял на остановке раздетый и кричал, что меня ограбили. Женщина на остановке сказала мне: «Пойдемте в милицию, разберемся". Я испугался, сначала убежал, а потом решил пойти и разобраться. Как меня взяли, не помню. Только в милиции увидел, что пиджак на мне чужой. Кражи из кабинета не совершал». В связи с сомнением, возникшим у следствия по поводу психического состояния Т., был направлен на судебно-психиат-ри ческую экспертизу.
При клиническом обследовании в больнице Т. предъявлял жалобы на сильные боли тянущего характера в левой ноге. В области левой голени было обнаружено варикозное расширение вен. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицателен. Фотореакции живые. Реакции на конвергенцию и аккомодацию сохранены. Сухожильные рефлексы в норме. Положителен симптом Ласега слева, гиперестезия слева по корешковому типу. Диагностирован хронический вертеброген-ный радикулит. Анализы крови и мочи, а также флюорограмма в пределах нормы. Реакция Вассермана отрицательная. Электроэнцефалография (ЭЭГ) не выявляет фокуса патологической активности. *Психическое состояние при поступлении:* ориентирован полностью, бредово-галлюцинаторные переживания не выявляются. Больной подтвердил показания, данные на предварительном следствии. Относительно своей вины в совершенном правонарушении говорит: «С одной стороны, кому же еще? Я, конечно, больше некому. А с другой стороны, ничего не помню... Как теперь семья без меня будет?» В начале беседы спокойным голосом давал ответы на вопросы, при попытке более детально ознакомиться с алкогольным анамнезом данные сообщал неохотно, затем громко закричал: «Что вы все время об одном и том же? Алкоголиком меня считаете? Меня боли измучили, спать не могу, врачи не помогают». Однако, быстро успокоившись, продолжил беседу. Грубых нарушений памяти не обнаруживается. Конкретно пояснил переносный смысл пословиц и метафор, тесты на выделение существенного от второстепенного и на обобщение выполнил. Просил назначить лекарство для снятия болей. 08.12.1987 г. отказался от показаний, данных на предварительном следствии. Сообщил, что в день правонарушения принял в общей сложности 9 болеутоляющих таблеток. Оказалось, что речь идет о приеме в течение небольшого времени (6-8 ч) дозы 0,225 г индометацина, тогда как его максимальная суточная доза составляет 0,200 г. Накануне вечером и днем принял в общей сложности 6 таблеток, т.е. 0,150 г индомета-цина. О происшедших с ним событиях 02.12.1987 г. помнит смутно:

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

«Заходил в кабинет к врачу... потом помню, что стою в черной шубе на хлебозаводе. мужик показывает свое удостоверение, говорит: «Давай, отпускай одежду». Потом смотрю - в руке чайник, думал, что на работе взял. Шубу отнес в раздевалку в поликлинику, моей одежды на вешалке не оказалось. Кинулся на остановку, думал, может, там найду вора. Потом женщина сказала, что надо идти в поликлинику, там милиция. Испугался и убежал. А про бутылку сказал потому, что думал, дураком посчитают». За время пребывания в отделении испытуемый постоянно предъявлял жалобы на боли в области левой стопы. В поведении был упорядочен, общался с больными, интересовался исходом экспертизы, сроками пребывания в стационаре. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика отсутствовала. Судебно-психиатрическая экспертная комиссия пришла к заключению, что Т. в момент совершения правонарушения находился в состоянии временного болезненного расстройства психической сферы в виде сумеречного помрачения сознания и что в отношении инкриминируемого ему деяния его следует признать невменяемым. В принудительном лечении Т. не нуждается и может быть выписан под наблюдение районного психоневролога.

В данном случае сумеречное помрачение сознания развилось в результате приема испытуемым Т. высоких доз индометацина на фоне астенизации, истощающего влияния предшествующей бессонницы вследствие развившегося болевого синдрома и эпизодического приема спиртных напитков. Об этом свидетельствуют данные анамнеза (объективного) о внезапном остром начале (вскоре после приема значительных доз индометацина) расстройства психической деятельности с глубокой дезориентировкой в окружающем, но сохранностью сложной автоматизированной деятельности. Болезненное искажение восприятия окружающего и патологическая переработка реальных событий обусловливали их неадекватность. В последующем наступила амнезия этого периода. Это подтверждается также сведениями об отсутствии у Т. до возникновения психотического состояния каких-либо признаков психического заболевания, кратковременностью перенесенного психоза, наличием последующих астенических проявлений. По особенностям клинической картины этот случай может быть отнесен к «простому» варианту сумеречного помрачения сознания.

Описываются сумеречные помрачения сознания как проявления острых психогенных (истерических) психозов, развивающихся по типу аффективно-шоковых реакций. Э. Кречмер описывает в своей классической монографии «Об истерии» (1923) подобный случай, взятый из наблюдений Штейнау-Штейнрука за больными с острым психозом страха.

.Совсем рядом с Гумлихом, стоящим в окопе, взорвалась граната самого большого калибра. Вскоре после этого военный фельдшер Х., находившийся рядом с Гумлихом, увидел, как тот воспроизводил движения игры на рояле. Вместе с тем он пел песни. В промежутках постоянно восклицал: «Теперь я пойду к отцу! Вы слышите, как играет музыка?» Когда Гумлих попытался выскочить из окопа, его схватили и удержали. Только с трудом удалось его осилить и вернуть назад (из донесения командира части).
Вскоре после этого мне (Штейнау-Штейнруку) привезли в окоп, расположенный в сильно обстреливаемом PYS, солдата Гумлиха; его сочли сумасшедшим, так как он спрашивал у каждого встреченного санитара, где бы он мог купить картофель. У него было боязливое и беспокойное выражение лица, бегающий взгляд, он был очень бледен и ломал себе руки. В окопе он сперва огляделся, как будто искал кого-то, затем решительно обратился ко мне с вопросом: «Ты Густав?». Затем тотчас же: «Ты не Густав, где же он?» Он рассказывал оживленно, но однотонным жалобным голосом, что его послала мать вместе с младшим братом достать картофель. И вот на улице Густав куда-то исчез.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Следующее записано стенографически: «Здесь фейерверк? Здесь лежат на улице кабели, ничего не видно, постоянно падаешь. Мы должны были достать картофель, а вот Густав не пришел, он, верно, на музыке». - «Где музыка?» - «Да там, снаружи, они производят такой шум, такой ужасный шум! Густава долго нет, хоть бы он поскорей пришел, чтобы нам пойти за картофелем. А то будет ругаться отец. Отец голоден, у нас ведь больше нет хлебных талонов!» Гумлих продолжает непрерывно озираться вокруг окопа. Я указываю на больничную карточку, на которой врач передового перевязочного пункта пометил «нервный шок», и спрашиваю, что это такое. Ответ довольно живо: «Это членская карточка продовольственного кооператива, я должен получить картофель» и т.д. - «Как вас зовут?» - «Это обозначено на карточке». - «Вы из Лейпцига?» (он говорил на типичном лейпцигском наречии) - «Да». Из следующих вопросов выясняется, что он принимал PYS за Лейпциг, Дорфштрассе за Петерсштрассе, ямы от гранат - за ямы для кабелей, пальбу - за музыку и фейерверк. На мое внезапное и настойчивое замечание: «Но ведь у нас теперь война (Криг)», он отвечал: «Ах, Криг ведь это на Петерсштрассе, там есть магазин, который зовется Кригом». - «А что у вас за костюм?» - Быстрый ответ: «Так это ведь мой новый летний серый костюм». - «Но ведь он с пуговицами и нашивками на рукавах?» - в высшей степени удивленный, он рассматривает пуговицы: «Пуговицы! Как же попали сюда пуговицы? Я должен был достать картофель» и т.д. Предоставленный самому себе, он, не обращая внимания на оживленную сутолоку переполненного окопа, стоит неподвижно у стены, держит голову и руки в странном положении, его широко раскрытые глаза неподвижно уставились в одну точку: он представляет полную картину ступора. Если с ним заговаривают, он начинает снова монотонным голосом горевать о картофеле. Он не реагирует на смех, от которого не могут иногда удержаться стоящие вокруг него гольштинцы; он также не обращает внимания на раненых.
Через полчаса я велел санитару доставить его на главный перевязочный пункт. После своего возвращения этот человек сообщил мне, что за время трудного пути, изборожденного воронками от ядер, и к тому же под обстрелом, Гумлих оказывался скорее проводником, чем провожаемым; он каждый раз усердно вытаскивал санитара из ям, в которые тот неоднократно попадал. Когда они дошли до цели, санитар указал Гумлиху на санитарную повозку и сказал, что в ней находится его Густав. С видимым облегчением Гумлих подбежал к повозке и тотчас вскочил в нее».

Анализируя этот случай, Э. Кречмер отмечает, что вслед за взрывом гранаты немедленно переключается психическая ситуация. Это происходит спонтанно, внезапно, быстро, моментально и рефлекторно. На место действительности и причинности приходят, как во сне, желания и воспоминания. На место бомбардировки становится музыка, на место военного начальства - отец. Из этих двух тотчас включенных лейтмотивов с легкостью и естественностью развивается сумеречное состояние. На место угрожающей действительности выдвигается недавно прошедшая сцена юности, которая по ходу переживания построена схожим образом, но каждая черта в ней изменяется в нечто безобидное и безопасное. Также и в сцене юности мы видим внушающее боязнь положение, там тоже раздражающий шум и авторитетная власть, которая держит у себя в подчинении мальчика. Подробности и возражения, которые могут вырвать больного из утешительной иллюзии, каждый раз при посредстве быстро импровизируемых вспомогательных конструкций успешно отражаются. Больничный листок превращается с полной естественностью в членскую карточку кооперации, солдатская форма - в новый летний серый костюм и т.д.

Аменция - особый тип помрачения сознания, характеризующийся растерянностью, бессвязностью мышления (инкогеренция), невозможностью понимания и осмысления окружающего мира в целостной форме, что создает картину спутанности и полного распада самосознания.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Т. Мейнерт (1890), который впервые ввел этот термин в клиническую психиатрию, вначале подразумевал под ним острое бредовое состояние, а затем стал говорить об аменции как об особом заболевании с выступающей на первый план спутанностью сознания вследствие бессвязности идей, всего процесса мышления, а также в связи с наличием обильных галлюцинаций и иллюзий, бредовых идей при выраженном расстройстве ориентировки и двигательном возбуждении. Впоследствии границы аменции стали более узкими, что позволило отделить этот симптомокомплекс от делирия и сумеречного помрачения сознания.

При аменции речь больных бессвязна, непоследовательна, утрачивает грамматическую завершенность, что отражает соответствующие нарушения мышления. Бессмысленный набор слов произносится больными монотонно, утрачиваются изменение интонационных оттенков и эмоциональная окраска, временами это однообразный малопонятный шепот, который может сменяться словами, произносимыми неадекватно громко и однообразно монотонно или нараспев. Э. Крепелин (1900), характеризуя аменцию, писал: «Больные в состоянии, пожалуй, иметь отдельные восприятия, но совершенно не в состоянии привести их в связь друг с другом и с результатом прежнего опыта, не в состоянии комбинировать представления и рассуждения. При этом они внимательны, всячески стараются осмыслить окружающие впечатления и явления, но вместе с тем они крайне отвлекаемы, не способны к планомерному наблюдению. Их восприятия состоят, таким образом, из смеси бессвязных обрывков, из которых не может сформироваться ни картина настоящего, ни цепь воспоминаний о том, что было. Таким путем у больных развивается чувство непонимания, неуверенности и беспомощности. Они не разбираются ни в чем, не понимают, что с ними случилось и что происходит вокруг них».

В типичных случаях аменции возбуждение отличается от того, что наблюдается, например, при делирии - оно чаще всего ограничено пределами постели (возбуждение в пределах постели), при этом характерны беспорядочное метание или топтание на одном месте, беспрерывные вздрагивания, подергивания, что в некоторых случаях напоминает хореические подергивания. Галлюцинации истинные, немногочисленные, в отличие от делириозных, бред отрывочен и бессвязен. Зимерлинг приписывает аменции также следующие особенности: смена мыслей в смысле противоположений - «...в одно и то же время больные говорят о покупке домов и лишении себя жизни, постройке виллы и утоплении, о собравшихся врагах и их дикой брани, тут же они слышат звон бокалов, наполняемых шампанским, и веселое пение; жалуются, что шея просверлена и туда засунуты кишки, кричат патетически: ?Ура! Императрица!" Другой больной ругается, что в кровати воняет, и тут же говорит о себе, как о боге». Интенсивность возбуждения при аменции меняется, при успокоении («светлые окна») могут наблюдаться истощаемость, слезливость или даже некоторая депримированность. При наличии аментивной речевой бессвязности характерны ее конкретность, повторение отдельных глаголов или существительных, иногда отмечается персеверация, повторение одних и тех же слов.

В старых руководствах по психиатрии, как отечественных, так и зарубежных, аментивные расстройства сознания описывались как сложные, имеющие делириозные или онейроидные включения, так что предпочтительными были следующие формулировки: «делириозно-аментивный синдром», «аментивно-делириозный симптомокомплекс». Действительно, в клинической практике состояния аментивной спутанности сознания часто сочетаются с включением делириозных компонентов или к онейроидно-кататоническому симптомокомплексу присоединяются признаки аментивного помрачения сознания, так что эти расстройства имеют переходные фазы, смешанные состояния помраченного сознания на высоте их

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

проявления могут принимать характер чисто аментивной спутанности и бессвязности. Некоторые современные исследователи считают аменцию лишь разновидностью делирия, однако, несомненно, наблюдаются и ее классические проявления.

Синдромы выключения сознания. Выключение сознания - оглушение - может иметь различную глубину, в зависимости от которой используются термины: *обнубиляция* - затуманивание, помрачение, «облачность сознания»; *оглушение, сомнолентность* - сонливость; далее следует *сопор* - беспамятство, бесчувственность, патологическая спячка, глубокое оглушение; завершает этот круг синдромов *кома* - наиболее глубокая степень церебральной недостаточности. Как правило, вместо первых 3 вариантов ставится диагноз прекома. На современном этапе рассмотрения синдромов выключения сознания большое внимание уделяется систематизации и квантификации конкретных состояний, что делает актуальным их дифференциацию.

Оглушение определяется по наличию 2 основных признаков: повышение порога возбуждения по отношению ко всем раздражителям и обеднение психической деятельности в целом. При этом отчетливо выступают замедление и затруднение всех психических процессов, скудость представлений, неполнота или отсутствие ориентировки в окружающем. Больные, находящиеся в состоянии оглушения, оглушенности, могут отвечать на вопросы, но только в том случае, если вопросы задаются громким голосом и повторяются неоднократно, настойчиво. Ответы, как правило, односложны, но правильны. Повышен порог и по отношению к другим раздражителям: больных не беспокоит шум, они не чувствуют обжигающего действия горячей грелки, не жалуются на неудобную мокрую постель, безразличны ко всяким другим неудобствам, не реагируют на них. При *легкой* степени оглушенности больные в состоянии отвечать на вопросы, но, как уже было отмечено, не сразу, иногда даже сами могут задавать вопросы, но речь их медленная, негромкая, ориентировка неполная. Поведение не нарушено, в основном адекватное. Можно наблюдать легко возникающую сонливость (сомно-лентность), при этом до сознания доходят лишь резкие, достаточно сильные раздражители. К легкой степени оглушения иногда относят и просоночные состояния при пробуждении ото сна, а также обнубиляцию сознания с колебаниями ясности сознания: легкие затемнения, помрачения сменяются прояснением. *Средняя* степень выраженности оглушения проявляется тем, что больной может давать словесные ответы на простые вопросы, но он не ориентирован в месте, времени и окружающем. Поведение таких больных может быть неадекватным. *Тяжелая* степень оглушения проявляется резким усилением всех ранее наблюдавшихся признаков. Больные не отвечают на вопросы, не могут выполнить простых требований: показать, где рука, нос, губы и пр. После выхода из состояния оглушения у больного в сознании сохраняются отдельные фрагменты того, что происходило вокруг.

Сопор (от лат. *sopor* - беспамятство), сопорозное состояние, субкома, характеризуется полным угасанием произвольной деятельности сознания. В этом состоянии уже отсутствует откликаемость на внешние раздражители, она может проявляться лишь в виде попытки повторить громко и настойчиво задаваемый вопрос. Преобладающие реакции - это реакции пассивно оборонительного характера. Больные оказывают сопротивление при попытке разогнуть руку, переменить им белье, сделать инъекцию. Такого рода пассивно-оборонительные реакции нельзя путать с негативизмом при кататоническом субступоре или ступоре, так как при кататонии наблюдаются другие весьма характерные признаки: повышение тонуса мышц, маскообразность лица, неудобные, подчас вычурные позы и др.

А.А. Портнов (2004) различает гиперкинетический и акинетический сопор. Для *гиперкинетического* сопора характерно наличие умеренного речевого возбуждения в виде бессмысленного, бессвязного, неотчетливого бормотания, а также хореоподобных или атетоидоподобных движений. *Акинетический* сопор

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

сопровождается обездвиженностью с полным расслаблением мышц, неспособностью произвольно изменить положение тела, даже если оно неудобно. При сопорозном состоянии у больных сохраняются реакция зрачков на свет, реакция на болевое раздражение. Сохраняются также корнеальный и конъюнктивальный рефлекс.
Кома (от греч. *koma* - глубокий сон), коматозное состояние, коматозный синдром - состояние глубокого угнетения функций ЦНС, характеризующееся полной потерей сознания, утратой реакции на внешние раздражители и расстройством регуляции жизненно важных функций организма.

По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, частота ком на догоспитальном этапе составляет 5,8 на 1000 вызовов и летальность достигает 4,4%. Наиболее частые причины коматозных состояний - инсульт (57,2%) и передозировка наркотиков (14,5%). Далее следуют гипогликемическая кома - 5,7% случаев, черепно-мозговая травма - 3,1%, диабетическая кома и отравления лекарствами - по 2,5%, алкогольная кома - 1,3%; реже диагностируется кома вследствие отравлений различными ядами - 0,6% наблюдений. Достаточно часто (11,9% случаев) причина комы на догоспитальном этапе оставалась не только не выясненной, но даже не заподозренной.

Все причины ком можно свести к 4 основным: *внутричерепные процессы* (сосудистые, воспалительные, объемные и др.); *гипоксические состояния* в результате соматической патологии (респираторная гипоксия при поражении системы дыхания, циркуляторная - при нарушениях кровообращения, гемическая - при патологии гемоглобина), нарушение тканевого дыхания (тканевая гипоксия), падение напряжения кислорода во вдыхаемом воздухе (гипоксическая гипоксия); *нарушения обмена веществ* (в первую очередь эндокринного генеза); *интоксикации* (как экзо-, так и эндогенные). Коматозные состояния относятся к ур-гентной патологии и требуют применения реанимационных мероприятий, так как от длительности комы зависит тяжесть развивающегося впоследствии психоорганического синдрома. Ведущим в клинической картине любой комы является выключение сознания с утратой восприятия окружающего и самого себя. Если в сопорозном состоянии реакции носят пассивно-оборонительный характер, то при развитии комы больной не отвечает ни на какие внешние раздражители (укол, похлопывание, изменение положения отдельных частей тела, поворот головы, обращенная к больному речь и т.п.). Реакция зрачков на свет при коме, в отличие от сопора, отсутствует.
Как пример коматозного состояния клиницисты часто приводят развитие большого судорожного припадка при эпилепсии. Он начинается с полного выключения сознания с одновременным возникновением тонических судорог, которые почти мгновенно сменяются клоническими судорогами.

Вне зависимости от степени утраты сознания допустимо применение термина «коматозное состояние», глубину которого можно оценить по простой, но информативной клинической шкале.

Угнетение сознания и ослабление рефлексов (сухожильных, перио-стальных, кожных и черепно-мозговых нервов) прогрессируют до полного угасания по мере углубления комы. Первыми угасают наиболее молодые, последними - наиболее старые рефлексы. При отсутствии очаговых поражений головного мозга углубление комы сопровождается появлением, а в дальнейшем - утратой двусторонних патологических знаков (рефлекс Бабинского), для очаговых поражений характерна их односторонность. Менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского, характерные для поражения мозговых оболочек (менингита, менингоэнцефалита), - появляются также при отеке мозга и раздражении мозговых оболочек. Прогрессирование церебральной недостаточности с угасанием функций приводит к нарушениям дыхания с гипоили гипервентиляцией и соответствующими

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

респираторными сдвигами кислотно-щелочного баланса. Грубые нарушения гемодинамики обычно присоединяются в терминальном состоянии. Другие клинические проявления, темп развития комы, данные анамнеза обычно достаточно специфичны при разных вариантах ком. После выхода из коматозного состояния воспоминания о происходящих событиях (с больным и вокруг него) отсутствуют, наблюдаются проявления гиперестетической эмоциональной слабости, может развиваться амнестический синдром Корсакова.

У пациентов, находящихся в коматозном состоянии неизвестного генеза, всегда необходимо исследовать гликемию. Если достоверно известно, что у пациента сахарный диабет и в то же время трудно дифференцировать гипоили гипергликемический генез коматозного состояния, рекомендуется внутривенное струйное введение 40% раствора глюкозы в дозе 20-40-60 мл в целях дифференциальной диагностики и оказания экстренной помощи при гипогликемической коме. В случае гипогликемии это значительно улучшит симптоматику и таким образом позволит дифференцировать эти 2 состояния. В случае гипергликемической комы такое количество глюкозы на состоянии пациента практически не скажется. Во всех случаях, когда невозможно немедленное измерение гликемии, эмпирически надо ввести высококонцентрированную глюкозу. Экстренно некупированная гипогликемия может быть смертельна. Базисными препаратами для пациентов в коме при отсутствии возможности уточнения диагноза и скорой госпитализации считаются тиамин 100 мг внутривенно, глюкоза 40% 60 мл и налоксон 0,4-2 мг внутривенно. Эта комбинация наиболее эффективна и безопасна во многих случаях.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Источник KingMed.info

Глава 8. Патология сферы самосознания. Деперсонализация

Сознание, как уже отмечалось ранее, - универсальный инструмент приспособления к окружающей среде. Сознание как система непрерывной, рефлекторно обусловленной связи, круговой трансформации, взаимоперехода реального в идеальное, как полагает А.А. Меграбян (1972), позволяет преобразовать среду человека, располагать пространственные представления предметов друг возле друга. Таким образом формируется субъективное содержание сознания личности, самосознание. Оно включает в себя чувство противопоставления «я» и всего окружающего мира (существует «я» и «не-я»), чувство уникальности и активности «я». Мозг человека, управляющий его поведением и интегрирующий процесс самосознания, обладает колоссальными возможностями.

Если поставить в ряд 24 млрд клеток коры, их протяженность составит 5000 км. Огромное количество нейронов и синапсов дает возможность устанавливать бесчисленные ассоциативные связи, а с учетом особых свойств синапсов подобные связи принимают динамический характер. Известно, что количество возможных комбинаций связей при наличии, например, 10 млрд клеток равно почти 50 трлн возможных соединений. Если же иметь в виду, что в настоящее время количество нейронов в мозгу оценивается в 100 млрд, а связи между отдельными нейронами могут быть не только прямыми, но и опосредованными, то возможное число сочетаний достигает таких порядков, которые трудно представить.

И.М. Сеченов в «Рефлексах головного мозга» (1866) описывает неисчерпаемое богатство психики и приводит данные о количестве ассоциаций, ассоциативных связей, возникающих в сознании человека в течение дня: «Каждая из них (т.е. связей, возникающих в сознании человека, каждая ассоциация) начинается ежедневно при пробуждении и кончается после засыпания. В день, считая его за 12 ч и положив средним числом на каждую новую фазу нового зрительного ощущения по 5 с, через глаз войдет более 8000 ощущений, через ухо никак не меньше, а через движение мышц несравненно больше». По мнению И.М. Сеченова, в сознании человека любое предметное ощущение сопровождается «валовым» чувством, которое отражает чувственное состояние всего тела, самоощущение. Кроме того, мощная сфера ассоциативных связей организует не только чувственную, но и познавательную форму самосознания. Самосознание, таким образом, формирует сознание, оценку человеком самого себя, своего знания, нравственного облика, идеалов и мотивов поведения, всего того, что составляет целостное «я». В самосознании человек выделяет себя как «я» из всего окружающего мира, определяет свое место в социуме, в трансформации природных и общественных событий. Нарушение сферы самосознания приводит к изменению осознания своего «я», к феномену деперсонализации как особому психопатологическому состоянию, в котором присутствует компонент отчуждения.

Еще А. Фовиль (1844), ученик Ж. Эскироля, писал об одном солдате, который считал себя мертвым со времени битвы под Аустерлицем, где был тяжело ранен. Когда его спрашивали о здоровье, он говорил: «Вы спрашиваете, каково здоровье дяди Ламберта? Но дяди Ламберта нет уже на свете, его унесло пушечное ядро. То, что вы здесь видите, - это совсем не он, а плохая машина, подделанная под него». Говоря о себе, он никогда не говорил «Я», а всегда «Это». В. Гризингер (1845) описывал больных, отказывающихся от своей прежней личности, так как им казалось, что тело их мертвое или чужое, неодушевленное, из дерева, стекла, воска и т.д. Он описал подобные состояния у меланхоликов, эпилептиков, при лихорадочных состояниях.

Уже позже Р. Крисгабер (1873) опубликовал работу, в которой было дано клинико-психологическое описание явлений деперсонализации у невротиков. Р. Крисгабер, по

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

словам А. Пика, был талантливым клиницистом, любимым учеником Клода Бернара. В работе Р. Крисгабера «Цереброкардиальная невропатия» на основании ряда клинических наблюдений, которые блестяще характеризовали деперсонализационные нарушения чувственных восприятий, автор отмечал, что у некоторых больных чувственные восприятия настолько глубоко искажены, так отличаются от нормальной жизни, что больные находятся в сомнении относительно реальности существования как своей собственной личности, так и окружающих предметов. Р. Крисгабер указывал, что, несмотря на хорошую память, здравость суждения и вытекающего из этого представления об изменении «я», ощущения больных не те, какими были раньше, они уже другие. Далее он указывает, что состояние раздвоения и удвоения личности может возникнуть на основе расстройства сознания «я». По его мнению, расстройства сознания личности возникают из-за нарушения чувственных восприятий. Такие больные вследствие недостаточности чувственных впечатлений получают недостаточное впечатление от внешнего мира и от самих себя. В основе феноменов отчуждения, по Р. Крисгаберу, лежат вазоневро-тические расстройства. Описанные случаи он рассматривал как особое заболевание, которое назвал цереброкардиальной невропатией. В дальнейшем французские психиатры стали применять понятие «болезнь Крисгабера».

Термин «деперсонализация» ввели в обращение Л. Дюга и К. Мутье (1898, 1910). Само слово «деперсонализация» обозначает обезличивание, исчезновение «я». Однако Л. Дюга понимал деперсонализацию как ощущение потери «я», а не утрату «я».

Деперсонализация в настоящее время определяется как психопатологический феномен расстройства самосознания с субъективным чувством отчуждения собственной личности, своего «я», осознаваемое и болезненно переживаемое самим больным. Деперсонализация сопровождается обостренной рефлексией, самоанализом, особенно на ранних стадиях возникновения и развития. Больные с подобными расстройствами сами жалуются на трудность описания своего состояния. Деперсонализация часто сочетается с дереализацией.

То общее, что в целом характеризует деперсонализацию, позволяет отнести это расстройство к группе психического отчуждения в широком понимании этого явления, что можно расшифровать следующим образом. При некоторых заболеваниях психики различной этиологии (часто это эндогенный процесс) обнаруживается патологическая продукция психики больного, которая приобретает своеобразную автономность и выходит из-под контроля «я», из-под контроля личности. Эта продукция проецируется вовне «я» и во внешний мир. Она выражает противоположные тенденции и принимает чуждый характер. Обычно в повседневной жизни все то, что окружает нормального здорового человека, рассматривается им как понятное, знакомое, объяснимое. Окружающая среда служит при этом естественным фактором, знакомым человеку, «своим», «доброжелательным», так как ее всегда можно использовать в своих целях для удовлетворения биологических и духовных потребностей. При патологии возникает «отчуждение» окружающей среды и своей личности. Деперсонализация является ядром психического отчуждения.
Пауль Шильдер (1918) интенсивно изучал проблему деперсонализации и считал, что в подобных случаях речь идет не об изменении «я» в собственном смысле слова: изменяется «самость», личность уже вторично воспринимает это изменение «самости». Изменение «самости» не является следствием изменения какой-нибудь группы психических элементов, ощущений, воспоминаний, мышления, но таково, что центральное «я» больше не направлено по прежнему пути. Индивид чувствует себя по отношению к прежнему состоянию резко измененным. Это создает противоречие и резкую тенденцию к самонаблюдению психических процессов при их выполнении. При этом в клиническом отношении наблюдается усиление рефлексии, больные начинают обостренно анализировать собственное «я», сравнивать себя в этом

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

отношении с другими людьми. *У* них формируется представление, что собственное «я» утратило свою особенную индивидуальность, а главное - они не испытывают прежней естественности выражения собственного «я». В связи с обостренным самонаблюдением и постоянным сопоставлением своего «нового» состояния с тем, которое было раньше, появляется недовольство собой, жалобы на утрату «эмоциональной наполненности», «чувственного тона». У них, по результатам самонаблюдения, исчезают прежние яркость и четкость восприятия окружающего, реальная действительность вызывает меньший интерес, собственные поступки кажутся какими-то неестественными, как бы автоматическими, нет прежней гибкости ума, остроты и яркости представлений, богатства воображения (Воробьёв В.Ю., 1971). Наряду с этим, как отмечал еще Й. Берце (1929), возникает ощущение обособленности, изоляции от окружающего.

По мнению А. Кронфельда (1921), деперсонализация - это особого рода качественное изменение переживания активности сознания. У больных изменяется переживание «я» в его отношении к интенцио-нальным актам. Имеется нарушение внутреннего самонаблюдения, которое проявляется в 2 противоречивых тенденциях - тенденции наблюдения самого переживания и просто тенденции наблюдения.

Е. Штерринг (1939) старается выделить различные виды деперсонализации как по клиническим проявлениям, так и по механизму возникновения. Первый вид, по Е. Штеррингу, возникает благодаря напряженному самонаблюдению, при котором сознание приобретает патологическое состояние внутреннего напряжения; при этом нормальное «я-сознание» вытесняется и как бы возникает новое, чуждое «я». Второй вид, по Е. Штеррингу, возникает на основе нарушения чувства активности. Пациенты жалуются, что они чувствуют себя не самими собой, а как бы автоматами, у них отсутствует чувство активности поступков, воли и мышления. Третий вид деперсонализационного состояния обусловлен, по Е. Штеррингу, возникновением сноподобной оглушенности. Это также способствует формированию состояния отчуждения собственного «я». В основе четвертого вида деперсонализации, по мнению Е. Штер-ринга, лежат патологические изменения чувств телесных ощущений. При этом возникают переживания чуждости своего собственного «Я». Г. Штерринг полагает, что в основе сознания личности лежит чувство активности, которое состоит в особенно тесной связи с «я-сознанием». Чувство активности, содержащее ощущение «напряженности», способствует репродукции сознания собственного тела и репродукции душевных компонентов «я-сознания». Расстройство чувства активности обусловливает явления отчуждения и автоматизма. Такая позиция Е. и Г. Штеррингов примыкает к феноменологическому толкованию природы деперсонализации.

По справедливому выражению Г. Груле (1931), тот психопатологический феномен, который французские психиатры называют психическим автоматизмом, есть ни что иное, как расстройство «сознания я».

К. Хауг (1939) в своей монографии о деперсонализации пишет, что заболевание «деперсонализационный невроз» в своем развитии разделило судьбу корсаковского полиневритического психоза: впоследствии оно также стало синдромом. К. Хауг имел в виду универсальность синдрома отчуждения, он писал, что раньше деперсонализацию считали редким явлением; однако это мнение относится только к полной деперсонализации, но не к абортивным и деперсонализационно-подобным состояниям, которые отличаются лишь объемом, интенсивностью и динамикой (1939). Как обратимые, преходящие состояния К. Хауг различает *функциональную* деперсонализацию у здоровых и больных и *органическую,* или «дефектную», деперсонализацию, когда чувство отчуждения выступает в форме реакции на дефект или процесс, который ведет к этому дефекту (имеется в виду эндогенный шизофренический процесс).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

В норме у человека имеется разграничение, противопоставление «я» и всего окружающего мира как «не-я», чувство уникальности и активности «я», чувство единства «я», неделимости, слитности отдельных психических процессов, составляющих психическое «Я», идентичности «я». В связи с этим К. Ясперс сформулировал тезис: «я» - это тот же самый «я», который был день, год, 20 лет назад. В то же время каждый человек способен как будто бы со стороны смотреть на самого себя, наблюдать за собой, думать о том, как он думает, как он говорит, как он смеется, разговаривает, как он поступает в том или другом случае. Подобного рода рефлективные свойства, или рефлексия, в норме специально не фиксируются, это естественный автоматизированный процесс, реализующийся в автоматическом режиме, как и все остальные процессы синтетической мозговой деятельности.

При деперсонализации (на начальных ее этапах или при неразвернутой форме проявления подобной патологии) происходит резкая гипертрофия этой рефлексивной компоненты сознания. Отдельные психические процессы, осознание своего физического «я», своего тела, окружающего мира теряют свою естественность, живость, непосредственность, развивается гипертрофированный самоанализ. При этом больные испытывают известный психический дискомфорт, нарушаются плавность и естественность всех проявлений психической жизни. Больные постоянно анализируют свои поступки, без конца обдумывая то, что они сказали по тому или иному поводу, подвергая скрупулезному анализу то, как они себя вели в тот или иной момент.

В дальнейшем при углублении расстройства самосознания появляется аутопсихическая деперсонализация. Такие больные не ощущают своего психического «я», не чувствуют, что они думают, что у них есть чувства, которыми можно реагировать на окружающее. Больные теряют ощущение естественности всех проявлений своего психического «я», они говорят, что думают, действуют так или иначе просто потому, что в такой ситуации другие действуют таким же образом, они называют себя «безжизненными», «автоматами» (однако без чувства воздействия извне), реагирующими на все окружающее лишь механически, формально. При этом может развиваться и болезненная психическая анестезия - мучительное чувство бесчувствия, утрата чувства сострадания, сопереживания окружающим, особенно родным и близким людям. Иногда развивается просто явление анестезии без мучительных субъективных переживаний утраты чувств как части собственного «я». Но чаще явления аутопсихической деперсонализации сопровождаются общим душевным дискомфортом, хотя одновременно подобные больные знают, что «они» - это все же «они», в определенной степени им удается адаптироваться к подобному состоянию «разлаженности» собственного «я». У некоторых больных при обострении ощущения измененности собственного «я» могут возникать состояния возбуждения с усилением тревожности, панического смятения: «что-то происходит с моим сознанием», «сейчас сойду с ума» (панические атаки, «катастрофальные» реакции, по Г.А. Ротштейну, 1961). У других пациентов углубление нарушения самосознания и аутопсихической деперсонализации развивается как бы «на ходу», без резкого обострения эмоциональных реакций.

Такие больные могут говорить, что полностью потеряли ориентировку в самих себе, от их собственного «я» уже ничего не осталось, все то, что они делают, - это только «копии» поведения; их психическое «я» полностью исчезло, навсегда угасло, ничто ни в настоящем, ни в прошлом уже не связано с собственным «я», поэтому их полностью не касается. Особые переживания, нюансировка отдельных элементов самоощущения «я» дают основание ряду психиатров экзистенциального направления трактовать подобные переживания и психопатологические расстройства с позиции философии экзистенциализма. Например, известный швейцарский психопатолог-экзистенциалист Ш. Шарфеттер именно особым способом существования «я»

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

объясняет ряд психопатологических феноменов нарушенного самосознания, таких как, например, утрата осознания своей деятельности, активности собственного «я». К. Шнайдер (1923) указывает, что если больные шизофренией высказывают жалобу, что они больше не существуют (признак наличия деперсонализации, аутопсихической деперсонализации), то нельзя буквально понимать их состояние. Этот феномен показывает наличие у них «глухого переживания существования».

Клинически больные испытывают резкое затруднение контактов с окружающими, усиливается ощущение полного непонимания поведения людей, больные перестают точно понимать обращенную к ним речь. Они воспринимают мир как будто бы чужими глазами и сами себя наблюдают со стороны. У многих подобных больных имеется субъективное ощущение того, что они лишь «разыгрывают роли», только «входят в чуждые для себя образы». В дальнейшем по мере развития болезни (чаще всего речь идет о шизофрении) явления деперсонализации теряют свою остроту, тонкую нюансировку, лишаются четкости, все в большей степени проявляется ощущение чувства неполноты (Жане П., 1911) всей эмоциональной жизни. Такие больные говорят об исчезновении спонтанности и естественности эмоциональных реакций. Их эмоции «сделались искусственными», «лишенными живости и яркости», «они руководствуются лишь разумом», у них «рассудочные эмоции», они «не захватывают их за живое», «не увлекают так, как раньше», «не дают безоблачной радости и наслаждения», «утрачена искренность чувств и привязанностей».
На этом фоне особенно отчетливо выступает ощущение неполноты своего «я» (П. Жане). Больные осознают себя измененными, они «лишились прежней душевной тонкости», «стали примитивными», «неотесанными». Им трудно войти в общение с незнакомыми людьми, улавливать тонкие оттенки изменения ситуации в связи с необходимостью, например, адаптации в новом коллективе, приходится «неуклюже подстраиваться под других». Подобные особенности нарушения самосознания К. Хауг (1939) обозначил термином «дефектная деперсонализация». При полной утрате ощущения собственного «я», потере «я», «исчезновении» своего «я» говорят о развитии тотальной деперсонализации. В этом отношении, как уже отмечалось, К. Хауг различает функциональную деперсонализацию как обратимое проявление и органическую, или дефектную, деперсонализацию, когда чувство отчуждения наступает в форме реакции на дефект или процесс, который приводит к этому дефекту.

К. Хауг наблюдал ряд моментов в обыденной жизни, которые у некоторых лиц вызывают кратковременные состояния ирреальности (например, при длительном рассматривании своей фотографии, наблюдении себя в зеркале, прослушивании своего голоса или при наблюдении за собой в кинофильме). П. Шильдер (1918) описывал случай с самим собой, когда, будучи в театре, испытал состояние дереализации, это возникло у него после вспышки гнева. Р. Киплинг в романе «Ким» описывает состояние отчуждения, которое переносит герой после длительного утомления. Соматопсихическая деперсонализация проявляется в том, что больные высказывают своеобразные жалобы: они не ощущают своего тела, не чувствуют, что оно состоит из различных частей (голова, руки, ноги), не ощущают того, что на них имеется какая-то одежда. Но при этом нет никаких расстройств тактильной, проприоцептив-ной, висцеральной чувствительности, отсутствуют также расстройства «схемы тела». Все органы, все части тела на месте и имеют обычные размеры и пропорции, но само чувство, что они есть, что они существуют, то чувство, которое раньше было естественным, у таких больных отсутствует. Подобные пациенты могут не испытывать ни голода, ни чувства насыщения, поэтому прием пищи для них становится нежелательной «процедурой», иногда даже мучительной. У них не возникает обычного, свойственного ранее удовлетворения от выполнения естественных потребностей физиологического порядка. Больные могут говорить, что,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

например, при утреннем умывании не ощущают того, что вода холодная, освежающая, «мокрая», что прогретый воздух в
жаркий день сухой, теплый, что приправа к пище острая, приятная и т.д.

Аллопсихическая деперсонализация, или дереализация, характеризуется «неполнотой» восприятия окружающей реальной обстановки. Прежде всего утрачиваются ее яркость, красочность, выразительность, живость, естественность, полнота. Яркий солнечный день не воспринимается так радостно, как раньше, все окружающие краски утрачивают свою былую прелесть, все представляется «более тусклым». Голубое небо, казалось бы, теряет неповторимость и прежнюю лучезарность, деревья кажутся потерявшими свои очертания. Но при этом нет обычной гипостезии в строгом смысле слова с повышением порога восприятия раздражителей. На передний план выступает общее личностное переживание, идущее от самого «я». Больные говорят, что окружающий мир воспринимается как бы отделенным от них, он неестественно «посторонний», виден как будто «через пленку», «покрыт дымкой», «легкой вуалью», он «не доходит» до них. Трудно воспринимать время по часам, время не воспринимается, не осознается. Такие больные зачастую обращаются к окулистам, неврологам с жалобами на ухудшение зрения. При обследовании никакой специальной патологии у них определить не удается. При более целенаправленном расспросе легко установить, что больные имеют в виду не снижение остроты зрения, а какую-то своеобразную «нечеткость» изображения предметов, их «безликость», «безжизненность» лиц, окружающих больных. В некоторых случаях одновременно они высказывают жалобы на «давление» в глазах, «сжатие» в переносице, что отражает наличие существующих одновременно с дереализацией и деперсонализацией различных сене-стопатий.
Деперсонализационно-дереализационные переживания тяжело переносятся большинством больных, один из наших пациентов в периоды обострений, когда ощущение утраты собственного «я» достигло крайних степеней, просил у отца пистолет, чтобы «навсегда с этим покончить». Впоследствии он действительно совершил тяжелую суицидальную попытку, приведшую к летальному исходу.

Резко выраженные проявления аутопсихической деперсонализации или преобладание именно этого компонента в структуре более сложного деперсонализационно-дереализационного симптомокомплекса чаще всего отмечаются при различных типах течения шизофрении, но встречаются и при других заболеваниях, например при органических поражениях головного мозга.

При органической патологии, а также при эпилепсии отмечается пароксизмальное возникновение состояния «уже виденного» или «никогда не виденного». В первом случае (фр. déjàvu - уже виденное) незнакомая обстановка воспринимается как известная, где-то ранее виденная. Во втором (фр. jamais vu - никогда не виденное) - привычная обстановка ощущается как совершенно новая, неизвестная («я здесь никогда не был»). Иногда возникает состояние особого типа - привычная обстановка кажется совершенно новой («я здесь никогда не был»). Сюда же относятся явления «уже слышанного», «никогда не слышанного». Достаточно характерно, что развернутые расстройства самосознания с преобладанием аутопсихической деперсонализации преимущественно развиваются в молодом и среднем возрасте, а в позднем встречаются очень редко. Приведем историю болезни пациентки, описанной А.А. Портновым (2004), где отчетливо выражены деперсо-нализационные расстройства.
Больная Х., 22 лет. Родилась от нормальной беременности у здоровых родителей. Характерологические особенности отца и матери не обращали на себя внимания какой-либо патологией. Развивалась и росла в условиях достатка и спокойствия. Была слабым ребенком, быстро уставала, всегда обладала пониженным аппетитом. До 4-летнего возраста пугалась незнакомых людей, особенно мужчин. В дошкольные

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

годы высказывала неудовлетворение своим именем и фамилией, просила родителей сменить их. Приблизительно до 8-го класса школы время от времени страдала головными болями особого характера. Боли в обычном смысле этого слова не испытывала, однако голову словно распирало, хотелось приподнять за волосы кожу головы, как бы освобождая место для «выпирающего» и «раздающегося» черепа. В возрасте 17 лет было 2 случая эпизодического подъема АД до 150/90 мм рт. ст., которые прекращались без лечения в течение 1-2 дней. Очень рано поняла, что не хочет взрослеть, мир взрослых представлялся ей холодным и мрачным. Не хотела расти, были горестные мысли о том, что во взрослой жизни ее ждут трудности и беды. Испытывала ощущение, что время уходит как-то зря, что каждый день похож на другой. Это чувство сохранялось и постоянно усиливалось, вплоть до настоящего времени. Все школьные годы отмечала отсутствие «врабатываемости» в какую-то общую игру. Когда детям, например, игра уже надоедала и они меняли ее на другую, наша больная только входила во вкус и настаивала на продолжении игры. На этом основании возникали конфликты, достигавшие размеров потасовки. В 10-м классе поняла, что хотела бы быть мужчиной. Вспоминала, что в течение всей жизни предпочитала обществу девочек общение с мальчиками. В играх с ними была на равных, залезала на забор и крыши, была «своим парнем». Отношения со сверстниками складывались неровно. То настойчиво добивалась общения с ними, иногда домогалась чьей-нибудь дружбы, то была жестокой, могла оскорбить или ударить. На самом пике хороших отношений с кем-нибудь из новых друзей вдруг обнаруживала, что это не то, что друг скучен, неприятен, омерзителен.

В те же годы появилось особое ощущение, что когда находится дома одна, кто-то в этот момент ее все же видит. Ощущение стороннего взгляда вызывало настороженность, побуждало прислушиваться к шумам на лестничной клетке. Постоянно упрекала родителей в том, что растет без сестер и братьев. Подсчитала, сколько одноклассников имеют братьев и сестер. Сказав об этом, разрыдалась. Нарастало отчуждение от отца. Хотя с матерью поддерживала отношения, но и по отношению к ней появилась двойственность. С одной стороны, стремилась помочь ей по хозяйству, в разговорах поддерживала ее точку зрения. Но тут же могла грубо обидеть, надерзить. Стала склонна к рассуждательствам и мудрствованию. Однажды остро почувствовала, что смотрит на себя как бы со стороны. Начала относить в свой адрес нейтральные замечания окружающих, боялась чужого взгляда, считая, что люди могут прочесть по глазам ее мысли, узнают что-нибудь «убогое» о ней. Поняла, что каждый пристальный взгляд - это насилие над человеком. Сама избегала смотреть людям в глаза, боясь причинить насилие. Перед окончанием школы стала жаловаться матери, что ей плохо, что она «устала без усталости», что у нее нет своего «я», что она все время притворяется и фальшивит, что она человек без стержня и индивидуальности. С раннего детства и по настоящее время любит животных. В доме всегда живут ежи, кошки, собаки, рыбки и даже белая крыса. Убеждена, что животные лучше людей. Узнавая о том, что где-то погибли из-за загрязнения окружающей среды какие-либо животные, плакала, испытывала слабость, тошноту, головокружение. Любое известие о гибели животных могло вызвать приступ астазии-абазии, оглушительных рыданий, длительное понижение настроения.

По окончании школы поступила на биофак педагогического института, чтобы быть ближе к животным и посвятить им свою жизнь. Очень живописно и картинно рассказывает о том, как живет с чувством обиды на людей, страдает из-за их невнимательности, нечуткости, аморальности, рассказывает, сколь болезненно переносит малейшее проявление эгоизма у людей. При этом впадает, по ее словам, в состояние внутреннего бешенства, которое не всегда удается скрыть, и тогда она «истошно кричит» на окружающих, обзывает их эгоистами, сволочами, гадинами. Эти вспышки «внешнего бешенства» обычно заканчиваются слезами и чувством раскаяния и досады. Одновременно с этим охотно рассказывает о том, что

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

пользуется успехом у сверстников, что ее ценят за мягкий юмор, нестандартность и оригинальность мышления. Не без рисовки говорит о том, что в ней уживаются восторженность художника и пошлость циника. Незадолго до поступления в клинику познакомилась с молодым человеком и почувствовала к нему симпатию. Несколько оживилась, настроение стало лучше, мысли «работали игривее и находчивее». Появились планы завести семью, родить ребенка. Однако тут же возникали контрдоводы против этих планов: кругом отравленные реки, погибают целые виды животных. Если ребенок узнает обо всем этом, то он вырастет безнравственным человеком. По этим соображениям порвала знакомство со своим ухажером.

По словам матери, последние 2 года нельзя было войти в ее комнату из-за сваленной на полу одежды. Больная жаловалась на трудно объяснимое чувство, будто глаза у нее выходят чуть-чуть из орбит и обнаруживают тенденцию смотреть в разные стороны. Одновременно испытывала ощущение разности давления наружного воздуха и чего-то, что ему сопротивляется изнутри. Пыталась усовершенствоваться, преодолеть неприятные ощущения измененности с помощью физических истощающих нагрузок, но успеха они не принесли. Тогда поняла, что только острые ощущения в ситуации, угрожающей жизни, могут ее излечить. Занялась спелеологией. Однажды при спуске в пещеру запуталась страховочная веревка и создалась аварийная ситуация. Понимая это, с полным хладнокровием руководила своим подъемом наверх, как бы наблюдая себя со стороны. Все были поражены ее «храбростью», поздравляли ее, она же была удивлена такой реакцией окружающих. Поняла, что никакой встряски не получилось и не получится. В стационаре постоянно находится в подавленном настроении, говорит тихим, маловыразительным голосом. При упоминании неприятных для нее тем появляется выражение страдания на лице, которое, впрочем, быстро проходит. Но внезапно, увлекшись своими «диковинными» переживаниями, начинает говорить оживленно, сопровождая речь выразительной жестикуляцией. В такие минуты даже откликается на шутки, улыбается, смеется. Ответы на вопросы всегда адекватны, по существу всегда точны и конкретны. Утверждает, что испытывает мучительное ощущение того, что у нее нет никаких чувств, что она как мертвая, что она находится как бы под колпаком, который отгораживает ее от окружающего мира. Все, что она делает, неестественно, неискренне, фальшиво. У нее нет своего «я», способного принимать даже простые решения. Ненавидит людей и одновременно страдает от нехватки общения. При общении же испытывает ощущение, близкое к тому, что наблюдается при переутомлении. Одновременно считает, что оскверняет своим общением людей, что в ее присутствии люди становятся хуже, хотя этого сами и не замечают. Говорит, что тоскует по своему детству, по возрасту 12 лет, что на том уровне остановилось ее развитие. Причинами, приведшими к ее настоящему состоянию, называет то, что она от природы меланхолик, обладает слабой нервной системой (головокружение, тошнота, утомляемость, нерегулярные месячные), и то, что в семье родителей неблагоприятная атмосфера.

Анализ наблюдения. Больная уже в старших классах школы стала ощущать, что у нее нет своего «я», что она все время притворяется и фальшивит. В дальнейшем постепенно нарастают явления аутопсихической и соматопсихической деперсонализации - у нее нет своего «я», способного принимать решения, у нее нет никаких чувств, все, что она делает, - неестественно, неискренне, фальшиво. Попытки преодолеть неприятные ощущения измененности не принесли ей успеха.

Наибольшее количество наблюдений за больными с явлениями деперсонализации в мировой литературе (195 случаев) обобщил в своей работе А.А. Меграбян (1962). Материал собирался автором в течение 25 лет, был систематизирован и тщательно обработан, поэтому заслуживает самого пристального внимания. В приводимых состояниях преобладают больные шизофренией, но встречаются также случаи

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

психогении, циклофрении, эпилепсии, органической патологии головного мозга. Приведем ряд наиболее демонстративных случаев подобного рода.
Больной Г., 34 лет, военнослужащий. Находился в клинике с 13 февраля по 14 апреля 1939 г.

Анамнез: происходит из крестьянской семьи, старший брат душевнобольной - хроник; дед и отец - алкоголики. Развивался в детстве нормально. По характеру был живым, подвижным, сообразительным ребенком. В школе учился хорошо, в 16 лет поступил на завод. В 1922 г. учился в пехотной школе РККА, учился прекрасно, хорошо справлялся с общественными заданиями, неоднократно был награжден за отличную работу; работой увлекался, быстро продвигался по служебной линии в рядах РККА. В 1930 г. стал политруком в полковой школе. В 1932 г. у больного была большая психотравма (судебного характера), тяжело ее переживал. В апреле 1932 г. был командирован в Москву в Военно-воздушную академию, где учился и одновременно преподавал военную тактику. Работал очень много, по 14-16 ч в сутки, хорошо справлялся с работой, несколько раз был премирован за хорошую работу. В октябре 1932 г. появились бессонница, головная боль, ощущение толчков в голове, стремление к уединению от окружающих. Однажды во время работы внезапно почувствовал, как в голове что-то лопнуло и сразу изменилось, все стало чуждым, окружающие предметы как бы перегородкой отделились от больного, «потерял самого себя»: «У меня появилось ощущение, точно я один остался во всем мире». Это состояние взволновало больного, он взял лыжи и вышел на улицу, надеясь в физическом движении и усталости ощутить себя. В эту ночь прошел 60 км, вернулся домой к утру, усталый, однако не вернул себе ни прежних ощущений, ни «самого себя». С тех пор признаки отчуждения все усиливались, он потерял всякий интерес к жизни и к работе. Был поглощен всецело одной лишь мыслью: «Это я или не я?» Часто плакал, были суицидальные попытки. Лечился неоднократно в стационарах. Был отчислен из академии и направлен в Новочеркасск. Лечился у многих врачей, вплоть до «бабок», специально ездил в Томск к одной знахарке; никаких улучшений до настоящего времени не отмечалось. Больной указывает, что только в 1932 и 1933 гг. у него на короткий срок (7-8 мин) восстановились прежние восприятия 2-3 раза. Себя чувствует «автоматом», без души, живущим только за счет запасов прошлого. Постоянное угнетенное настроение и состояние полной безнадежности. Работал вплоть до поступления в клинику, с работой справлялся.

Объективно: атлетической конституции, хорошего питания; со стороны внутренних органов: тоны сердца слегка приглушенные, органических изменений нет. Имеется повышенная возбудимость вегетативных функций: красная сливающаяся дермография, стойкая эритема лица, шеи, груди. Повышенная потливость. Люмбальная пункция: давление повышено, частые капли, жидкость прозрачна, бесцветна. Белковые реакции отрицательны, плеоцитоз нулевой. Реакция Вассермана в крови и люмбальной жидкости - отрицательная.

В клинике: доступен, легко вступает в контакт с больными, с которыми, однако, поверхностно общителен. Относительно себя говорит, что с начала болезни вынужденно выполняет свою роль в жизни, как плохой актер, не имея никакого интереса к ней. Он только безжизненный автомат, заученно «выполняющий свои функции». Постоянно чувствует какую-то «затянутость и сжатость мозговой системы». Как будто он отгородился от внешнего мира. Предметы стали чужеродными: «Я все воспринимаю не так, как раньше, как будто между мною и миром стоит какая-то преграда, и я не могу слиться с ним... все вижу и все понимаю, но чувствовать так, как раньше чувствовал и переживал, не могу, точно утерял какое-то тонкое чувство, каждый предмет я как бы фетишизирую, он как-то замкнулся от меня. Вот я смотрю на эту лампу, и кажется в ней какая-то сверхъестественная сила, которая отгораживает эту лампу от меня». Больной ощущает полную потерю образных представлений. Нет

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

ощущений собственного тела, каждая часть кажется чужой, не своей. Потеря ощущения акта дефекации и мочеиспускания. Чувствует легкость своего тела. Нет глубоких эмоциональных переживаний ни к близким, ни к событиям большой политической важности. Разумом все понимает, понимает, как должен реагировать, переживать, но чувствовать не может. Свое болезненное состояние переносит с большим трудом. Говоря о своих страданиях, каждый раз плачет, считает себя безнадежно больным, балластом для общества. «Если не будет сдвигов, хотя бы на несколько процентов, - я покончу с собой», - говорит больной. В клинике после люмбальной пункции значительно уменьшилось чувство сжатия и напряженности «мозговой системы», улучшилось настроение.

Больному проведена шоковая инсулинотерапия. Сделано 20 шоков. По выходе из шока от нескольких минут до 1 ч чувствовал, что отчуждение сходит на нет, в это время больной живет полнокровной жизнью, но затем наступает возврат к прежнему состоянию. К концу пребывания в клинике почувствовал улучшение: предметы стали доступнее, эмоции переживались ярче. Вместе с тем усиливались возбудимость, злобность, напряженность, выписан с улучшением. Но через 1,5 мес состояние больного вновь ухудшилось. Заболевание длится уже 8 лет без изменения основного синдрома психического отчуждения. Стал равнодушен к своим состояниям, как бы приспособился к ним. В последние годы, по словам жены, личность его значительно изменилась: стал более равнодушен к окружающему, круг его интересов значительно сузился, стал мелочен, придирчив, груб, постоянно ругается с отцом, замкнут, жалоб на свои переживания высказывает меньше, выполняет только домашнюю работу.

Возникновению данного заболевания предшествовали переутомление и значительная психическая травма. Больной входит в патологическое состояние отчуждения внезапно и в интенсивной форме. С тех пор этот синдром без особого прогрессирования и перехода в другое состояние существует у него 8 лет. У больного преобладают явления отчуждения своей личности, своего «я». Феномен чуждости и исчезновения своего «я» приводит к переживанию себя как безжизненного автомата, без души выполняющего свои функции и живущего только за счет «запасов» прошлого. Больной тонко анализирует состояние дереализации восприятий внешнего мира, который отделен от него какой-то преградой: «Все вижу и все понимаю, но чувствовать так, как раньше чувствовал и переживал, не могу».
Больной Л., 20 лет, студент. Поступил в клинику 1 апреля 1939 г. с жалобами: не чувствует своей личности, только логически понимает, что существует; не чувствует своего тела, охладел к близким. *Анамнез:* с 15 лет потерял интерес к жизни, утратил чувство любви к родным, считал себя «ненормальным», приписывал это мастурбации. Много думал, что такое «я», но конкретно своего «я» не чувствовал. Окружающие предметы воспринимал неясно, как будто через едва уловимую пелену, не чувствовал, откуда идут звуки. Отмечал угасание жизни: «Какая-то тупость и безразличие охватывали меня», - говорил больной. Из года в год медленно это состояние нарастало. Продолжал учебу, поступил во втуз. Учебный материал усваивал с трудом, особенно с 1937 г. С этого же года почувствовал какую-то пустоту в сознании, т.е. взгляд его вынужденно останавливается на предметах, оглядывая новые предметы, больной не мог переводить взгляда, взгляд «приковывался» и невольно анализировал их. Однажды с целью почувствовать свою голову ударился ей о стену, «голову ощутил, но не как свою». Мысли стали застревать вокруг одной темы. Личность свою не чувствовал, только логически понимал, что существует. В клинике аутистичен, вял, безразличен при относительной сохранности интеллекта и правильного поведения. Нарастающее эмоциональное побледнение: «Мой кругозор суживается, мир все меньше и меньше входит в круг моих интересов. Все больше и больше я отхожу от людей, превращаюсь в чурбан, тупею», - говорит больной. Отмечает недостаточную яркость образных представлений, просит врача восстановить образность мыслей и реальность восприятия, чтобы он мог окончить

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

институт. Жалуется на нарушение смыслового значения произносимых им слов. «Вот я произношу или мысленно подумаю один, два, три раза слово ?стул", и оно вдруг становится каким-то чужим, пустым и бессодержательным звуком». То же самое происходит, когда произносит фразу. Потерял способность управлять ходом своих мыслей: «Они текут автоматически, хаотичны, нелепы и разрознены друг с другом». В клинике в 1940 г. лечился кардиозолом. После 10-го припадка состояние больного значительно улучшилось.

В этом случае синдром отчуждения сопровождал весь ход заболевания в течение 3 лет. При наличии относительной сохранности своего сознания больной, наблюдая за собой, замечал, как постепенно круг его интересов все более и более суживался: он становился вялым, безразличным, замыкался в себе, отгораживаясь от мира и людей. Больной жалуется на возникновение чуждости и как бы исчезновение смыслового значения слова при его повторении. Отмечаются явления ментизма: теряет способность управлять ходом своих мыслей, которые, деавтома-тизируясь, автономно и разрозненно текут в сознании. Характерное «чувство угасания жизни и эмоций» значительными страданиями не сопровождалось. Переживание пустоты в сознании сопровождалось тенденцией к чрезмерному и бессмысленному анализу явлений и предметов, случайно бросавшихся ему в глаза.

Больной В., 17 лет, школьник, поступил в клинику 21 сентября 1939 г. с галлюцинаторно-бредовыми явлениями. Респираторного телосложения, со стороны соматики и нервной системы патологических явлений нет. В роду ничего патологического. Развивался в детстве слабым, болезненным. Учился хорошо до 6-го класса. Затем перестал справляться с учебой - появилась странная застенчивость: «как-то было стыдно смотреть педагогу и товарищам в глаза, начиналось при этом слезотечение». С большим трудом перешел в 7-й класс. В этом классе остался на 2-й год и затем оставил учебу. Стал замыкаться в себе, целыми днями бесцельно бродил по улицам. Еще в школе у больного появились странные изменения в восприятии своего тела. Во время урока казалось, что шея вытягивается, как у змеи, что голова начинает шарить по разным партам. Вдруг ему показалось, что его голову, которая заглядывала в одну парту, вытянув шею на несколько метров, придавила одна ученица. Иногда казалось, что разлетается на отдельные куски, но рассудком понимал, что этого нет. «Прислонюсь к стене, и кажется, что пальцы и части тела моего остались на стене». Появились страхи за свое существование. «Простою около стенки, затем отойду, и странно: кажется, что я остался около стенки, а отошел какой-то пустой, неодушевленный предмет. Однажды мне показалось, что я забыл свое тело в школе на парте. Я неоднократно возвращался за собой, туловище возьму, пойду, смотрю - у меня нет головы, тогда возвращаюсь за головой; голову возьму, еще что-нибудь там останется».

Через 1 год эти явления исчезли. Недостаточно реально воспринимает мир. Ему кажется, что существует другой, потусторонний мир. Утверждает, что с 9-летнего возраста слышит в голове какие-то неясные, временами отчетливые голоса. Считает, что ему мешает вступить в нормальную трудовую жизнь то, что его волей руководят какие-то призраки: иногда одна партия призраков ему помогает мыслить, а другая мешает. Затем призраки стали запрещать ему есть, запретили ему делать то, что он хотел. В клинике: в палате спокоен, подчиняем и дисциплинирован. Большую часть дня проводит в постели, часто улыбается, по-видимому, в ответ на слышимые голоса. Инициативы не проявляет, так как нет приказаний со стороны матери. «Когда-то во сне явилась женщина в черном и сказала, чтобы я слушал свою мать, вот я и слушаю ее». Вообще - заявляет больной - им руководят призраки. Однако в начале заболевания больной относился полукритически к своим болезненным переживаниям, к своим высказываниям добавлял: «возможно» и «по всей вероятности». Но тут же присоединяет: «Может быть, это что-то сверхъестественное,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

ведь мир еще не изучен, и мы не можем отрицать существования потустороннего мира». Высказывает мысли о том, что его в клинике должны отравить каким-то ядом, что он направлен сюда определенными лицами для того, чтобы следить за ним. Отмечает псевдогаллюцинации и галлюцинации слухового порядка. Эмоциональный резонанс больного сужен. Отсутствует интерес к окружающему. Больному применялась судорожная терапия и инсулинотерапия. Через 3 мес галлюцинаторно-бредовые явления сменились кататоническим ступором, негативизмом, саливацией и неопрятностью. Временами выходит из ступора, заявляет, что его волей управляют другие, что его хотят отравить инсулином. Был переведен в психиатрическую больницу в состоянии ступора 21 июня 1940 г.

Еще один клинический пример.

Больной Д., 22 лет, журналист, находился под наблюдением клиники 4 года.

Анамнез: с начала декабря 1936 г. стал резко раздражителен, замкнулся от окружающих. 15 декабря, собрав материал для газеты, не смог его оформить. Почувствовал, что окружающий мир и сам он как-то изменились, стали иными, странными. Все видел неясно, как бы сквозь туман, поблекшим, порой, наоборот, нестерпимо ярким; свое тело также ощущал измененным: «Рука точно моя и не моя», - говорил больной. Появились навязчивые мысли и страх сойти с ума. Был растерян, тревожен. Не спал по ночам. В этом состоянии поступил в клинику 2 января 1937 г.

В клинике: ориентирован полностью. Тревожен, растерян, испытывает страх перед надвигающимся психозом. Просит врача спасти его. Наряду с изменением яркости восприятий отмечалась потеря образов представлений. Представить что-либо привычное, хорошо знакомое, например лицо матери, не мог, вырисовывались только отдельные черты и детали, но общий портрет не появлялся. Позднее наблюдались изменения схемы тела: казалось, что тело больного принимало форму тела отца, что тело больного как бы футляром окружено телом отца, или одна половина тела напоминает Маяковского, другая - Есенина, а посредине он сам. Отмечались явления метаморфопсии: предметы менялись по форме и величине, изменялись их пространственные соотношения, предметы то удлинялись, то приближались. На почве психосенсорных расстройств у больного возникают нестойкие бредоподоб-ные идеи воздействия, отношения и значения. Больному кажется, что врач внушает ему чувство отца и матери взамен сыновних чувств и т.п. Периодически у больного появлялись навязчивые мысли весьма разнообразного содержания. От мысли, что он сходит с ума, до мысли о перевоплощении в Маяковского, Достоевского и др. Зачастую навязчивая мысль своим содержанием повторяла недавнюю действительность. Со временем грубые психосенсорные расстройства стали отступать на задний план, а взамен им выдвигались более выраженные явления деперсонализации и раздвоения: больному казалось, что его «я» изменилось, стало иным, что его «я» перешло в «я» отца и он из «Николая» превратился в «Петра» со всеми его чувствами, желаниями и переживаниями.
У больного уже образуются стойкие бредовые идеи воздействия и отношения. Интересно отметить, что в клинике больной перенес дифтерию и при высокой температуре все эти феномены исчезли, а после снижения температуры вновь вступили в свои права. В дальнейшем возникают стойкие явления психического автоматизма. «Я не управляю своим телом, оно вышло из-под моего подчинения, выражение лица не мое, а моего товарища», - говорит больной. Параноидные идеи внешнего воздействия, преследования. Эмоциональная сфера больного блекнет, затухает. Больной аутизируется, отгораживается от внешнего мира. Логическое мышление нарушается, нарастает диссоциация, а затем развивается резко выраженный кататонический синдром с явлениями ступора и кататонического возбуждения. Под влиянием инсулинотерапии состояние больного временно

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

улучшилось; был выписан, но затем вновь возвратилось галлюцинаторно-бредовое состояние, в дальнейшем перешедшее в кататонию.

Характерная особенность этого случая в многообразной, пестрой симптоматике психосенсорных расстройств и переходе синдрома отчуждения в другие состояния. Заболевание возникает в форме навязчивых состояний, переживаний безотчетного страха и тревожного ожидания. Затем наступают своеобразные изменения схемы тела с кажущимся перевоплощением в Маяковского, Достоевского и др., трансформацией своих чувств в чувства отца. Ряд разнообразных метаморфопсий. Изменение своего «я»: как будто «я» переходит в «я» отца. В дальнейшем развиваются явления психического автоматизма и стойкие параноидные идеи внешнего воздействия, преследования. Постепенно эмоциональная сфера больного затухает. Развивается стойкий кататонический ступор.

Больной П., 22 лет, педагог. Поступил 11 сентября 1940 г. Отец диабетик и алкоголик. Мать со странностями. С детства был впечатлительным, мечтательным, обидчивым, проявлял неуверенность в своих силах; очень внушаемый, легко попадает под влияние товарищей. В пубертатном периоде все эти черты характера обострились, больной постоянно испытывал чувство собственной неполноценности, особенно сексуальной, мастурбировал. В 15 и 17 лет возникали астенические реакции в связи с переутомлением: появлялись слабость, раздражительность, падала работоспособность. В мае 1937 г. после операции грыжесечения потерял сон, аппетит, стал раздражителен, мнителен, постоянно прислушивался к себе, появились апатия, безразличие ко всему окружающему, угнетенное настроение, потеря интереса к работе, с которой перестал справляться. Находился в клинике с диагнозом: «психастеническая реакция у астенопата». После 2-месячного пребывания был выписан со значительным улучшением. Приступил к работе.
Постепенно состояние стало вновь ухудшаться, постоянно обращался к врачам. В начале учебного года не мог работать. 11 ноября 1940 г. поступил в клинику.

При поступлении: растерян, плохо разбирается в своем состоянии, сомневается в своем возрасте, семейном положении и т.п. Парамимичен и паратимичен, часто неадекватный смех, гримасничанье и застывание. В клинике: психический статус вначале крайне пестрый и полиморфный. Растерян, тревожен, напряжен, на лице жалкая, недоумевающая улыбка, как бы просящая о помощи. Чувствует, что с ним что-то происходит, чувствует себя изменившимся, иным, боится своего состояния, испытывает страх. Ищет поддержки и защиты у врачей. Окружающий мир, предметы, люди изменились, стали далекими, иными, чужими, непонятными. «Я знаю, что вы доктор М., но я не узнаю вас», - говорит больной. Кажется, что стены движутся, давят, окружающие предметы меняют свои пространственные соотношения. Пол искривлен, зигзагообразен, стены палаты удаляются, падают. Часто вид предмета не рождает представления об этом предмете.

«Вот вижу чернильницу, но не знаю ее применения», - говорит больной. Порой наблюдаются явления, напоминающие амнестическую афазию, больной не может назвать предмета, но говорит, для чего он служит. Собственное тело воспринимается им измененным, слишком маленьким и слишком узким. Кажется, что оно разрезано продольно пополам, больной не слышит своего голоса и часто, чтобы проверить себя, громко кричит. Чувствует себя автоматом, оторванным от окружающего мира, как бы находящимся в пустоте. Кажется, что «я» больного состоит из двух «я»: «...несчастного, ненавистного Перова, которого я не хочу знать, - говорит больной, - и Феди Иванова». «Кто я, я себя не чувствую, я кричу, чтобы проверить, мой ли это голос». Отмечаются яркие слуховые иллюзии и галлюцинации и ощущения прохождения электрического тока. Бывают нестойкие бредовые идеи воздействия и отношения. Кратковременное возбуждение сменяется застыванием. В дальнейшем выступает диссоциация мышления и болезнь переходит в резко выраженный

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

кататонический синдром с явлением мутацизма, негативизма, восковидной гибкости, отказа от пищи и т.п. Больной переведен в психиатрическую больницу в состоянии глубокой кататонии.
Данное заболевание начинается в форме астенической реакции: после непродолжительного улучшения через несколько месяцев больной вновь поступает в клинику в остром психотическом состоянии. Картина легкого помрачения сознания с переживанием беспомощности и растерянности сопровождалась дереализацией окружающего, раздвоением личности и различными психосенсорными нарушениями элементарного характера. Возникают нестойкие бредовые идеи воздействия и отношения.

В дальнейшем развитии заболевания выступает диссоциация мышления, а затем болезнь переходит в стойкий кататонический ступор, длящийся несколько лет.

Больной А., слесарь, поступил в клинику 3 сентября 1937 г. с галлю-цинаторно-бредовыми явлениями: считает, что им владеют 3 личности, из которых одна владеет его волей и языком, а 2 другие - только его языком. Слышит голоса. Говорит то шепотом, то громко, в зависимости от того, кто сейчас говорит его языком. Правильного телосложения, со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений нет. В роду ничего патологического. По характеру развивался мягким, сенситивным, учеба давалась с большим трудом. По окончании 7-летки поступил на завод подручным слесаря. В течение 2-3 лет больного неоднократно направляли на курсы учиться, но каждый раз он бросал учебу из-за неуспеваемости. Сильно переживал, огорчался по этому поводу. В 1935 г. вследствие напряженной работы и учебы на курсах почувствовал повышенную утомляемость, подергивание мышц лица, напряженность и угнетенность настроения. Замкнулся от окружающих, стал раздражительным, грубым, перестал работать. Постепенно стали возникать мысли о преследовании и враждебном отношении к нему окружающих. В состоянии речевого возбуждения был помещен в больницу, где лечился более года. Затем после короткого пребывания в домашней обстановке был помещен в клинику.
В клинике: большую часть времени проводит сидя в постели. Малоконтактен с окружающими. Выражение лица напряженное и сосредоточенное, точно к чему-то прислушивается. Мимика малоподвижна и маловыразительна, в разговоре своеобразно подтягивает правый угол рта. Движения угловатые, малоподвижные. В беседе с врачом утверждает, что находится под гипнозом, что его «я» и телом владеют 3 лица, что он, Миша, только оболочка, только футляр, частями которого управляют другие личности. Одно лицо - «отец»; он загипнотизировал его и управляет всем его существом, его «я», его мыслями, желаниями, движениями и языком. «Отец» заставляет его отказываться от пищи, бросаться в Дон, спать долгими часами. Эта личность приносит больному только вред. Его возраст несколько миллионов лет. Постоянно чем-то занят, взял огромное количество «телефонных дел», считает, что силен, могуч, властен, жесток, он завладел всем его существом, оставив только оболочку. Две другие личности - женщины: «Вий», жена «отца», и Верочка, дочь «отца». Эти люди владеют только языком больного. Они не в силах снять гипноз «отца», но относятся дружелюбно к нему, всячески стараются уберечь и спасти его от вредных действий «отца». Во время беседы вдруг начинает говорить грубым мужским голосом «отца» либо шепотом «Верочки», в это время о себе говорит в третьем лице. После этого утверждает, что это с помощью его языка говорили «отец» и «Верочка». Речь богата неологизмами, которые выдает за различные иностранные языки. Заявляет, что слышит приказывающие голоса совершить то или иное действие, сам не имеет воли, весь скован и находится в полном подчинении «отца». Собственные слова, мысли, поступки переживаются, как чужие, принадлежащие не ему, внушенные извне. Утратил свое «я», ощущает в себе 3 личности. Считает себя душевнобольным, идиотом, никчемным человеком. Вял, бездеятелен, эмоционально равнодушен к родным и к окружающей жизни, не

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

испытывает к ней никакого интереса. Негативистичен. Требует, чтобы отпустили домой, так как хочет работать, чтобы даром хлеб не есть. Временами оживляется, лицо принимает иное выражение, и грубым голосом говорит: «Я Мишу загипнотизировал еще в больнице через электролампочку. Я ему выдавлю правый глаз. Миша теперь мертвый, он ничего не знает». Затем тонким голосом больной начинает говорить от имени «Вий»: «Отпустите Мишеньку домой, этот идиот все гоняет его под гипнозом». Временами пациент агрессивен, бросается с кулаками на персонал. Больному применяется инсулинотерапия. Через 3 мес больной впадает в состояние кататонического ступора. К концу 5-го месяца переведен в психиатрическую больницу.

Своеобразие синдрома психического автоматизма в данном случае заключается в том, что личность, «я» больного перевоплощается в другие личности. Больной чувствует полную утрату своего «я», всем его существом, мыслями, желаниями, движениями и языком владеет чужая воля, воля «отца»; они ему не принадлежат, а внушаются извне. Таким образом, у больного имеется переживание полной внутренней пустоты, исчезновение собственной личности и периодически повторяющиеся состояния перевоплощения в «я» других личностей. Он абу-личен, эмоционально вял, безразличен к родным, у него отсутствует интерес к окружающей жизни. Через несколько месяцев больной впадает в состояние стойкого кататонического ступора, который длится несколько лет.

Деперсонализация, как показывает клинический анализ этого психопатологического феномена, в основном действительно отражает патологию самосознания во всей широкой гамме ее оттенков, начиная от утрированной рефлексии и заканчивая бредовыми формами. При этом многие исследователи, как это видно, говорят о синдроме деперсонализации, который приобретает существенное значение и для исследования кардинальных проблем психопатологии, и для клинической диагностики отдельных клинических психических заболеваний. Однако, если, например, Й. Берце (1929) полагал, что «гипотония сознания», одной из форм проявления которой может быть деперсонализация, - «основной» симптом шизофрении, и с подобной оценкой поначалу соглашался В. Майер-Гросс (1935), то впоследствии прямолинейная диагностика исключительно эндогенного происхождения деперсонализации не подтвердилась и была отвергнута.

К. Хауг в многотомном руководстве по психиатрии под редакцией О. Бумке (1932) писал, что синдром «отчуждения Я-деперсонализации» не может служить сам по себе дифференциально-диагностическим признаком какой-то одной психической болезни, в частности шизофрении; наоборот, его наличие как моносимптома затрудняет диагностику, особенно когда он стоит на переднем плане в клинической картине болезни. К. Хауг полагал, что этот синдром потерял свое былое диагностическое значение, потому что его стали наблюдать при различных заболеваниях. По его мнению, деперсонализация повторила судьбу Корсаковского психоза. Если проследить в историческом аспекте формирование взглядов на различие психопатологических синдромов в нозологической диагностике, можно убедиться, что они стали оцениваться по совокупному сочетанию с другими синдромами, и в особенности с теми дефицитарными стигмами, которые появляются в процессе развития болезни. По этому поводу можно сказать, что скрупулезное добросовестное наблюдение всего течения заболевания, сопровождающегося деперсонализацией, может помочь в установлении точного диагноза.
Поскольку деперсонализация развивается как нарушение осознания целостного «я», становится понятна ее связь с дереализацией, а также со сложной системой соматогностической сферы, что способствует выявлению экстеропроприоцептивных оптико-вестибулярных феноменов

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

особого характера. В.Х. Кандинский (1890) впервые отметил особого рода «внутреннее головокружение» с изменением чувства почвы, ощущения невесомости своего тела, изменения его положения в пространстве, что сопровождается остановкой мышления (шперрунг), характерной для начальной шизофрении (идеофрения, по В.Х. Кандинскому, 1890). Он не только описал это расстройство, но и попытался его объяснить.

Гораздо позже подобный феномен описал Г. Клоос (1935). Большая группа чувственно-гностических патологических отклонений включает в себя диаметрально противоположные явления, как бы 2 полюса феномена одного порядка, каждый из которых структурно связан с другим и все-таки имеет значительное своеобразие. На одном полюсе можно отметить сложные проявления психического отчуждения личности, а на другом - более элементарные соматогностические расстройства с признаками разной степени выраженности сенсорного распада. Проявления, связанные с психическим отчуждением, чаще (но не всегда) наблюдаются при эндогенном прогредиентном процессе, в то время как расстройства сенсорного синтеза («нарушения схемы тела») обнаруживаются преимущественно при органической патологии, острых инфекциях и интоксикациях, характеризуя «осевой» синдром экзогенно-органической природы.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Глава 9. Патология эффекторных функций

О необходимости изучения выразительных движений психически больных писал еще Ч. Дарвин (1859, 1907), по мнению которого филогенетически выразительные движения развивались по-разному. Одни из них были первоначально полезны для организма, но имели особый, иной смысл; другие движения сохранялись по принципу антитезы (например, готовность собаки к нападению при виде чужого и приниженное положение туловища, когда она узнавала в чужом хозяина). Особые движения зависят от конституции нервной системы (например, дрожь при испуге). Как считал В.М. Бехтерев (1918), наибольший филогенетический смысл имеет принцип полезности движения.

9.1. РАССТРОЙСТВА ПСИХОМОТОРИКИ

Под психомоторикой, по М.О. Гуревичу (1949), понимается совокупность сознательно управляемых двигательных действий, находящихся под волевым контролем. Симптомы психомоторных расстройств могут выражаться в затруднении, замедлении выполнения двигательных актов (гипокинезии), в полной обездвиженности (акинезии), а также полярно противоположными проявлениями - двигательным возбуждением либо неадекватными движениями и действиями.

Наиболее характерным примером патологии эффекторной волевой деятельности служат разнообразные по форме кататонические расстройства. Кататонические нарушения движений отличаются по существу от феноменологически сходных органических двигательных расстройств, которые являются постоянными, имеют определенный патологический мозговой субстрат с поражением соответствующих двигательных зон мозга.

К. Кальбаум первым обобщил наблюдения за больными кататонией в ставшей классической работе «Кататония, или психоз напряжения» (1874). Описание болезни Кальбаумом клинически достоверно и сохранило значение до настоящего времени: однообразие позы, стереотипные движения, негативизм, эпилептиформные приступы очерчены им так ярко и точно, что последующим наблюдателям почти ничего не пришлось добавлять.

Кататонический ступор сопровождается неподвижностью, амимией, напряжением мышечного тонуса, молчанием (мутизм), отказом от пищи, негативизмом (сопротивлением всякой просьбе и воздействию). Неподвижность больных при кататоническом ступоре обнаруживает последовательное «оцепенение» мышц сверху вниз так, что вначале возникает напряжение мышц шеи, затем спины, верхних и нижних конечностей. Сам термин «кататония» в переводе с греческого обозначает «развитие напряжения, тонуса сверху вниз» (от греч. «ката» - сверху вниз). Кататонический ступор, обездвиженность, отличается от органических поражений экстрапирамидной системы своей обратимостью, он легко отграничивается и от психогенного ступора, так как не поддается психотерапевтическому воздействию. При кататоническом ступоре проявляется симптом «воздушной подушки» (Dupre E., 1900), при этом голова в течение довольно продолжительного времени остается приподнятой над подушкой, когда больной лежит в постели. Может наблюдаться «симптом капюшона» у больных, которые стоят как истуканы, натягивая халат на голову наподобие капюшона. Если все эти явления выражены нерезко, состояние характеризуется как субступор. Варианты ступора с учетом выраженности отдельных его компонентов могут быть различными.

Каталепсия - ступор с явлениями восковой гибкости. В этом состоянии любые изменения позы больного, которые можно вызвать даже извне, надолго сохраняются. Явления восковой гибкости возникают сначала в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях. Исчезают в обратном порядке.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Негативистический ступор - полная обездвиженность больного, причем любая попытка изменить позу вызывает протест, резкое противодействие и напряжение мышц. Ступор с оцепенением характеризуется наличием резко выраженного мышечного напряжения, в котором больные постоянно пребывают, сохраняя одну и ту же позу, часто так называемую внутриутробную. При этом они лежат в кровати, согнув ноги и руки, сведя их вместе, наподобие эмбриона. У них нередко наблюдается симптом «хоботка» - вытянутые вперед губы при плотно сжатых челюстях.

Кататоническое возбуждение - состояние, противоположное катато-ническому ступору; можно различать несколько клинических вариантов кататонического возбуждения.

Экстатическое растерянно-патетическое возбуждение - резко выраженное двигательное возбуждение, при котором больные мечутся, поют, заламывают руки, декламируют, принимают выразительные театральные позы. На лице больных преобладают выражения восторга с оттенком упоения или мистическая проникновенность, экстаз, пафос. Речь характеризуется высокопарными высказываниями, часто непоследовательными, утрачивает логическую завершенность. Возбуждение может прерываться эпизодами ступора или субступора.

Импульсивное кататоническое возбуждение. При таком типе катато-нического синдрома больные совершают резкие неожиданные действия, поступки. Больные способны проявлять агрессию, злобу, внезапно срываются с места, бегут, нападают на окружающих, стремятся нанести удар, впадают в состояние исступленной ярости, могут внезапно застыть на месте на непродолжительное время, затем вновь неожиданно срываются с места, становятся возбужденными, неудержимыми. Они не выполняют приказаний остановиться, прекратить свои неукротимые действия. В речи у них преобладают стереотипии (повторение одних и тех же слов, часто произносимых спонтанно и беспрерывно). Этот феномен К. Кальбаум обозначил термином «вербиге-рация». В других случаях больные могут повторять услышанные от кого-либо слова (эхолалия), а также стереотипно повторять увиденные действия (эхопраксия).
Немое (безмолвное) кататоническое возбуждение. При подобном типе кататонического состояния развивается хаотическое, бессмысленное, нецеленаправленное возбуждение, которое так же, как и импульсивное, может сопровождаться жесткой агрессией, яростным сопротивлением при попытке успокоить больных. Иногда отмечается проявление аутоагрессии с нанесением себе тяжелых повреждений. Подобные больные требуют строгого наблюдения в условиях психиатрической больницы.

Гебефреническое возбуждение. Состояние, которое характеризуется дурашливостью, гримасничанием, ребячливыми выходками. Больные совершают бессмысленные действия, хохочут, визжат, прыгают на кровати, кувыркаются, принимают вычурные позы, в которых на короткое время застывают, затем проявления возбуждения с дурашливостью нарастают с новой силой. Больные непрерывно гримасничают, совершают нелепые акробатические упражнения, садятся на шпагат, делают «мостик», при этом продолжают хохотать, часто бранятся, плюются, мажутся испражнениями.

Кататонические расстройства в ряде случаев развиваются при ясном сознании (люцидная, светлая кататония), в других - сопровождаются сновидным помрачением сознания (онейроидная кататония). Э. Кре-пелин (1902) дал подробное и детальное описание клинических проявлений кататонических расстройств у ряда больных, сопроводив их своими комментариями. Приводим фрагмент его работы с описаниями больных кататонией.

24-летняя девушка, которую ввезли на постели, находится в полусидячем положении. Глаза у нее закрыты, руки приподняты до уровня головы, пальцы изогнуты, как когти,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

рот широко открыт. Больная ничем не обнаруживает, что замечает или понимает обращения к ней, приказания не исполняет.

Если взять руку больной, то ощущается, как все мускулы руки крайне напряжены; каждая попытка как-нибудь изменить странное положение тела вызывает сильное сопротивление. При попытке поднять веки больная крепко их сжимает; глазное яблоко при этом уходит кверху. При отклонении верхней части туловища назад слегка вытянутые и перекрещенные ноги сохраняют свое положение, поднимаясь от своей прежней точки опоры. Уколы в лоб или в верхнее веко не вызывают ни общего вздрагивания, ни оборонительного движения; только глубокий укол булавкой в нос вызывает легкое моргание и покраснение лица, это доказывает, что больная не совсем потеряла чувствительность. Мы видим, как вслед за этим больная совершенно самостоятельно вытягивается и долгое время делает в такт туловищем движения покачивания, которые также внезапно прекращаются. К этому я хочу добавить, что больная большею частью неопрятна в постели и вот уже несколько недель не принимает пищи, и ее кормят через зонд. Что характеризует прежде всего данное состояние, это полная отчужденность от всякого внешнего воздействия, далее отсутствие всякого самостоятельного волевого стремления, за исключением упорного сопротивления. Поскольку больную ни угрозами, ни болевыми раздражениями нельзя вывести из принятого ею положения, то мы должны признать, что ее поведение не обусловливается ни определенными соображениями, ни страхом; предположение, которое впоследствии при расспросах подобных больных обыкновенно подтверждается. Сопротивление, распространяющееся на все волевые проявления, является здесь импульсивным, неосмысленным, без понятного основания и благодаря этому называется *негативистическим.*
В данном случае речь идет о психической противоположности автоматической подчиняемости; мы имеем дело с импульсивным подчинением внешним влияниям, а именно с импульсивным сопротивлением. Изучение негативизма потому особенно важно, что он необычайно частый симптом раннего слабоумия и редко встречается в таком виде при других заболеваниях. Его внешние проявления очень разнообразны: он может определяться то по наличию недоступности больного при попытке проникнуть в его душевные переживания, то по скрытому, уклончивому поведению, то по неразговорчивости, по уклончивым, ничего не говорящим ответам, по настойчивому отворачиванию головы, по отведению взгляда при разговоре, по отдергиванию руки при приветствии.

Яснее негативизм проявляется при полном молчании, при *мутизме* (мутацизме), отказе от пищи, задержке испражнений, причем больные испражняются не в судно, а непосредственно сойдя с него, - на пол или в постель. К разряду тех же явлений принадлежат залезание под одеяло, под кровать, закрывание лица, глаз, сопротивление против всякого внешнего воздействия. Наконец, для понимания сущности негативизма следует обратить внимание на то, что больные делают совершенно противоположное тому, о чем их просят: стоят неподвижно или идут обратно, когда их зовут; поют, когда их уговаривают соблюдать тишину; сжимают рот, когда их принуждают есть. Вследствие этого кажется, что возникающее здесь волевое стремление уже при самом своем возникновении подавляется противоположным стремлением, которое и определяет поступок.

Следующее особое расстройство, которое наблюдается в данном случае, выражается в упорном сохранении одного и того же положения тела и в однообразном повторении одинаковых, бессмысленных движений. Мы говорим при этом о *стереотипии* положения и движений, которая сопровождает разнообразные формы раннего слабоумия.
Особую форму, которую приняла в нашем случае картина раннего слабоумия, мы вместе с К. Кальбаумом называем *кататонией* или психозом напряжения (см. выше).

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Отличительный признак болезни - оцепенение в мышцах, которое при внешнем воздействии только усиливается. Болезнь должна пройти через целый ряд различных состояний и окончиться или выздоровлением, или слабоумием. Описание К. Кальбаума, долго оспариваемое, оказалось в главных чертах верным, хотя выяснилось, что оно относится к одной из форм раннего слабоумия. К особым «кататоническим» симптомам болезни относятся, кроме негативизма и автоматической подчиняемости, манерность, стереотипия, наконец, появление *импульсивного возбуждения.*

При этом необходимо отметить, что наличие подобных расстройств не означает непременного существования кататонии; они встречаются, хотя и в менее выраженной форме, также при других заболеваниях, в случаях раннего слабоумия они особенно часты и ясно выражены. В ступорозном состоянии, как оно представлено у нашей больной, отсутствие волевых проявлений обусловлено главным образом негативизмом, бессмысленным подавлением всякого стремления, в то время как при «циркулярном» ступоре оно зависит от аффективного затор-можения. Это заметно по беспомощному виду больного, по попыткам к движению, по бесплодным усилиям исполнить наши приказания, часто также по исчезновению препятствия при душевном возбуждении, при угрозах, при настойчивом понукании, при посещении родственников. Если мы при этом вспомним о заторможенной повозке, которую, смотря по обстоятельствам, при большем напряжении силы, хотя и медленно, но можно двигать вперед, то поведение наших нега-тивистичных больных соответствует повозке совсем без лошади или запряженной задом наперед, так как возникающее волевое стремление сразу подавляется или же заменяется противоположным стремлением.
Пример 1. Из анамнеза больной, 6 мес тому назад принятой в нашу клинику, мы узнаем, что только в отдаленной, боковой линии имеется одно психическое заболевание. Сама она училась очень хорошо, любила читать и долгое время во Франции служила воспитательницей. Она не обнаруживала никакого стремления к мужскому обществу и вообще имела мало знакомств. 10 мес тому назад, 2 мес спустя после сильного душевного потрясения, у нее началось тревожное настроение, постепенно усиливавшееся. Спустя несколько недель она совершенно перестала говорить и сделалась малоподвижной. Когда ее привезли к нам, она находилась уже в том состоянии, что и сейчас. Однако за это время картина несколько раз изменялась на некоторое время. Больная вдруг вскакивала с постели, напевая про себя что-то непонятное, бегала кругом или часами производила однообразные, бессмысленные движения и затем снова впадала в прежний ступор. В то время как пищу больной удается с большим трудом вливать сквозь сжатые зубы или даже ее приходится кормить через нос зондом, иногда больная внезапно вырывает пищу у соседних больных и с жадностью пальцами запихивает ее в рот. Несколько раз на короткое время она была очень приветлива и давала ответы, затем снова без причины замолкала; иногда она внезапно набрасывалась на окружающих. При посещении родственников была совершенно недоступной.

Начало болезни с депрессивного состояния мы уже встречали раньше при раннем слабоумии, как и аутическое поведение в юности. Мы видим здесь, как в кататонический ступор вклиниваются непонятные, стереотипные движения и импульсивные поступки, 2 очень обыкновенных явления, обнаружению которых благоприятствует также тяжелое расстройство целесообразности и последовательности волевых актов. Возможно, что дальнейшее течение случая, который может затянуться на годы, принесет нам и дальнейшее сохранение теперешнего состояния, или усиление возбуждения, до сих пор проявляющегося только временами, или же, наконец, постепенное или внезапное исчезновение ступора без особенно бросающихся в глаза остатков болезни. В первом случае, по всему вероятию, концом заболевания будет тяжелое слабоумие. В общем, этот

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

неблагоприятный исход болезни при кататонических формах раннего слабоумия бывает, пожалуй, менее частым, чем в других случаях, здесь чаще встречается остановка болезни, улучшение и, может быть, даже выздоровление. Попытки лечения, которые делались исходя из различных точек зрения, особенно в связи с состоянием закрытых желез, оказались до сих пор безрезультатными. Они сулят очень мало надежды до тех пор, пока совершенно еще нам неизвестны причины и сущность столь частого и тяжелого заболевания, протекающего с тонкими разрушительными процессами в мозговой коре.

Пример 2. Следующий больной, которого я хочу сегодня показать вам, 26-летний купец. Его ведут под руки, он волочит ноги и идет с закрытыми глазами и повисшей головой; затем в изнеможении опускается на стул. Бледное лицо, лишенное выражения, не оживляется при разговоре. Больной не отвечает на вопросы, не исполняет приказаний. Если уколоть его иголкой в нос, лоб или прикоснуться к роговой оболочке, то в лучшем случае замечается легкое мигание или покраснение, но без попытки к оборонительному движению. Временами больной совершенно неожиданно начинает тихо смеяться. Если поднять руку больного вверх, то она падает вялой и остается в положении, которое случайно примет. Лишь после повторного, настойчивого требования больной открывает, наконец, глаза, подает руку, которую сует вперед толчкообразными, напряженными и угловатыми движениями, и оставляет ее в этом положении. Если больному откинуть назад голову, то он остается в этом неудобном положении и в то же время напряженно вытягивает вперед приподнятую мною ногу. Постепенно удается вызвать и другие признаки автоматической подчиняемости. Больной поднимает руки, когда кто-либо это проделывает перед ним, подражает с большой точностью и быстротой толчкообразным и вертящимся движениям, вращению кулаков. Зато он не говорит ни слова, сжимает губы, когда требуется показать язык, не соглашается писать, остается совершенно немым, если не считать повторный и неожиданный бессмысленный смех, повторяет, однако, «эхолалически» с закрытым ртом несколько громко произнесенных перед ним слов. Требование уйти больной выполняет тотчас же. У этого больного прежде всего бросается в глаза своеобразное расстройство воли. Совершенно непредвиденным образом он, с одной стороны, без участия собственной воли поддается постороннему влиянию, с другой - подавляет как естественные, так и обусловленные внешним импульсом волевые движения. Этот контраст лучше всего проявляется в повторении с закрытым ртом произнесенных перед больным слов. Больной уже в течение довольно продолжительного времени не открывает рта для разговора, но все же он не в состоянии вполне воспротивиться импульсу, требующему копирования того, что в его присутствии произнесено. Отсюда ясно, что негативизм и автоматическая подчиняемость составляют психологические, а не клинические противоположности. Оба эти расстройства не только одновременно наблюдаются у одного и того же больного, но и чрезвычайно легко переходят одно в другое, так что мы никогда не можем быть вполне уверены в том, встретим ли мы у больного в данный момент то или другое из этих расстройств. Временами удается непосредственно перевести одно из них в другое с помощью разного рода вспомогательных средств, действующих путем внушения. По-видимому, оба эти расстройства служат выражением того, что потеряно господство над волевыми импульсами со стороны сознающего цель рассудка, так что импульсы и противоимпульсы, как внутреннего, так и внешнего происхождения, беспорядочно определяют собою поступки больного. До некоторой степени можно бы это понимать так: хотя соображение у больного само по себе и не расстроено, но он без участия воли следует каждому на него воздействующему импульсу, или чрезвычайно упрямо отвечая на него длительным противоимпульсом, или повторяя бессмысленный волевой акт бесконечное число раз, притом всегда игнорируя собственные интересы.

Настроение нашего больного не имеет определенной окраски. Он отличается совершенной тупостью чувства: не обнаруживает никакого интереса к происходящему

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

кругом него, даже к посещениям ближайших родных, во время которых выражение его лица нисколько не меняется и он не говорит ни слова. Больной не выражает никаких желаний и ни о чем не беспокоится. В то же время, как в этом можно случайно убедиться, больной имеет ясное представление о своем положении, узнает окружающих и понимает все, что ему говорят. Мы, следовательно, и в данном случае еще раз встречаемся с той же группировкой расстройств, какую мы имели возможность установить в разнообразных до сих пор случаях раннего слабоумия.

Такому пониманию отвечает, наконец, и анамнез. Отец больного перенес кратковременное душевное расстройство и не в состоянии был поэтому докончить своего образования. Больной наш учился с трудом, после того как перенес в юности тиф. Он легко возбуждался, был боязлив, был склонен к ипохондрическим страхам. Заболел он $^1/_2$ года тому назад. В связи с разногласиями относительно его женитьбы он стал боязлив, думал, что над ним везде смеются, опасался, что придется иметь дело с прокурором, и, наконец, считая, что его жизни грозит опасность, выпрыгнул ночью в одной рубахе из окна, причинив себе перелом пяточной кости. Уже при поступлении в клинику больной был в значительной степени тупым, охотно соглашался оставаться в клинике, хотя он не душевнобольной, а только страдает бредовыми идеями. Он думал, что его убьют: все ему представлялось измененным. Голоса беседуют с ним о всевозможных семейных делах. Каталепсия, эхолалия и эхопраксия были очень ясно выражены. В дальнейшем течении у больного все ярче выступали отсутствие критики и тупость чувства. Он думал, что мясо, которое ему предлагают, человеческое. В газетах пишут все о нем. Убийство императрицы австрийской и мирная конференция связаны с ним. Его мать намерена убить его. Он худший из людей. Врача он называл немецким кайзером, выкрасившим свою бороду, другого господина называл Христом. Все это он высказывал равнодушным тоном, без малейшего чувства. Временами он повторяет бессмысленные рифмы: «hem, hem, kem, dem, schem, rem» или же многократно повторяет одни и те же непонятные фразы: «Один за всех и все за одного, и двое за всех и трое за всех, и здесь, и там, и везде и всемогущество, и всемогущество, и всемогущество» и т.д. - явление, которое Kahlbaum обозначает как *«вербигерацию»*. Постепенно он становился все тише и тише, вовсе перестал говорить и есть, залезал под одеяло, принимал чрезвычайно неудобные позы, слюна текла у него изо рта. Лишь в последнее время он стал несколько живее. Здесь снова мы встречаем целый ряд уже знакомых нам расстройств: галлюцинации, чудовищные бредовые сочетания, эмоциональную тупость, автоматическую подчиняемость, негативизм, странные позы, вздорные речи с набором слов. К этому здесь присоединяются однообразное повторение бессмысленных фраз и слюнотечение, черты которого еще в большей мере дополняют картину раннего слабоумия. О дальнейшем течении данного случая можно сказать, что эти столь резко выраженные теперь симптомы, вероятно, постепенно побледнеют, зато останется более или менее значительное слабоумие. (После некоторого улучшения, оставаясь слабоумным и нелепым, прибавив в массе тела 24 кг, больной перешел в патронаж. Позднее он вновь поступил в больницу, где после 5-летнего продолжения болезни умер.)

Пример 3. Наша сегодняшняя 3-я больная, 29-летняя девушка, проявляет сильное беспокойство. Будучи введена в залу, она опускается на пол, катается по полу, стучит ногами, хлопает в ладоши, дергает и взъерошивает себе волосы, вырывает целый клок их, гримасничает, прячет лицо, плюет вокруг себя. На обращения или уколы булавкой она большей частью вовсе не реагирует, но сильно сопротивляется, когда хотят взять ее руку или влить ей в рот воды. Она не исполняет никаких требований, не показывает языка, закрывает глаза, как только их хотят исследовать. Из отдельных, быстро брошенных ею ответов и замечаний следует, однако, что она не только понимает вопросы, но и довольно ясно осознает окружающее. Она большей частью громко выкрикивает совершенно бессмысленные отрывочные слова, не

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

имеющие никакого отношения к ее положению: «пупп-бупс-моль-вы-знаете-температура-страховое-от-огня-вода-вода-креолин-накажи вас Бог-20 марок-скажи, что вода креолин-не заглядывай сюда-20 марок-скажи, что такое, прочь это-благодарю-20 марок-скажи, чего хочешь-накажи ее Бог-милое дитя-так-оставайся дома с женой своей-сокровище-ау-свинья-скажи, чего хочешь-благодарю» и т.д. Говоря это, она каркает по-вороньи, поет петухом, начинает затем внезапно и выразительно петь хорал, переходит к уличной песенке, развязно смеется и тут же начинает громко всхлипывать. Состояние питания у пациентки нежного сложения весьма плохое: губы растрескались, покрыты корками; лицо красное, пульс сильно учащен. Во рту свежие сифилитические язвы, которые вследствие сильного сопротивления больной удается исследовать, впрочем, весьма необстоятельно. Что при этом состоянии тяжелого возбуждения прежде всего бросается в глаза, так это противоположность между полной спутанностью речи и незначительными нарушениями способности воспринимать впечатления и ориентироваться. Больная обращается к врачу со словами «господин доктор», делает верные замечания по поводу отдельных фактов, происходящих вокруг нее, но в то же время не дает ответа на простейшие вопросы, а медленно, не торопясь, произносит бессвязные слова и восклицания. При этом весьма заметно частое повторение одних и тех же оборотов, а также иногда игра рифмами и созвучиями. Больная, по-видимому, нисколько не интересуется окружающим, несмотря на хорошее восприятие впечатлений; всему сопротивляется и все отталкивает. Настроение ее в общем равнодушное, скорее даже веселое и лишь временами бывает грустным. Ее беспокойство бесцельно, однообразно: то, что она делает, не есть поступки, а лишь движения. Ее поведение поэтому кажется здоровым людям непонятным и странным. Если с первого взгляда больную, пожалуй, можно счесть за маниакальную, то более тщательное наблюдение укажет нам много черт, отличающих ее от маниакальных больных. Сюда относятся малая доступность больной при сохранившейся способности воспринимать окружающее, полная бессвязность ее речи при сохранившейся сознательности, повторение тех же самых оборотов речи, недостаток эмоциональной окраски, бессмысленность и однообразие волевых проявлений. Эти расстройства противоположны повышенной отвлекаемости плохо воспринимающих маниакальных больных, их ассоциациям, связанным со скачкой идей, недостатку осмысления у них, постоянной смене представлений, яркости их чувственных переживаний, их стремлению к деятельности, ищущей все новых целей. Мы узнаем, напротив того, в негативистическом отказе от связи с окружающим, в разорванности хода мышления, в эмоциональной тупости, в стереотипии в речи и в поведении симптомы болезни, свойственные раннему слабоумию. С более слабым проявлением подобных расстройств, возникающих эпизодически, мы уже встречались при кататонических ступорозных состояниях; вследствие частоты такой связи мы называем это состояние *кататоническим возбуждением.* Отец нашей больной был пьяница. Сама она отличалась слабыми способностями. На 23-м году жизни, после незначительного повреждения головы, осложнившегося, по-видимому, рожей, была замечена перемена в поведении больной. Она стала застенчивой, замкнутой, поразительно забывчивой и боязливой: ей казалось, что горит, и она поэтому лила воду к себе в постель, мочилась на свою подушку, ей являлись привидения и она быстро пришла в состояние сильного возбуждения, по-видимому, очень похожего на теперешнее. Здесь, в клинике, куда больную доставили, она не отвечала на вопросы, монотонно выкрикивала отдельные, отрывочные слова, принимала странные позы и спустя короткое время перешла в состояние полного ступора, из которого вышла через несколько недель, не будучи в состоянии ближе описать свою болезнь. После выписки она стала, в противоположность прежнему своему поведению, вести неправильный, легкомысленный образ жизни. Она заразилась сифилисом и родила 3 детей вне брака, из которых последнего она задушила в кровати вскоре после его рождения. Во внимание к ее ограниченности больная была приговорена за это к 2

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

годам 3 мес тюремного заключения. Этот факт поразительно мало подействовал на нее, она слабоумно улыбалась при разговоре об этом. После осуждения ей предстояло еще проделать лечение втираниями, но внезапно, спустя 8 нед, она заболела психически, и потому снова была доставлена в клинику. Она находилась тогда в состоянии самого бессмысленного возбуждения, царапала и била себя, рвала на себе волосы, каталась по полу, бросалась с кровати на пол, результатом чего явилось много кровоподтеков на верхних и нижних конечностях. Из желудка выделялась при промывании вонючая густая жидкость, изо рта - гнойная слизь и кровянистые корки. Больная давала отдельные осмысленные ответы, но большей частью говорила непонятно, с криком требовала воды и разливала, как только ее приносили. Вся эта картина весьма походила, следовательно, на теперешнюю, будучи лишь гораздо тяжелее. С большим трудом удалось, путем частых промываний желудка и кормления зондом, а также опорожнения переполненного кишечника, поднять сильно упавшее питание. Уже спустя несколько дней беспокойство улеглось и, по-видимому, совершенно пришедшая в себя больная снова стала много есть. Теперь, спустя 4 нед после ее поступления, вот уже несколько дней как наступил рецидив возбуждения. Мы постараемся бороться с ним, как и прежде, заботясь о питании и применяя длительные ванны вперемежку с 2-часовыми влажными обертываниями, мероприятия, которые в подобных тяжелых случаях действуют обыкновенно великолепно. Вероятно, мы снова и быстро добьемся успокоения. Правда, весьма сомнительно, чтобы состояние нашей больной когда бы то ни было снова стало удовлетворительным. Прежде всего, она с детства была ограниченных способностей; сохраняет, однако, как это удалось установить, в светлые промежутки скудные школьные познания, помнит также прежнее свое пребывание в клинике и тогдашних врачей. Подобное развитие раннего слабоумия на почве врожденной или в раннем детстве приобретенной умственной слабости не очень редко, так что подозрение, что заболевание надо отнести еще к периоду юности, может быть, имеет под собой почву; в этих случаях говорят о «добавочной гебефрении» (Pfropfhebephrenie). С другой стороны, мы наблюдаем то же заболевание как раз и у особенно способных учеников. Дальнейшим моментом, ухудшающим прогноз, оказывается в данном случае то обстоятельство, что после первого приступа болезни, по-видимому, совершилось глубокое изменение всего существа больной. Уже раньше мы указывали на то, что улучшение в течении раннего слабоумия оказывается обыкновенно не настоящим выздоровлением. Всевозможные следы от прежних расстройств, как и наклонность к последующим рецидивам, доказывают нам, что болезнь создала известную степень психической инвалидности. Из числа этих оставшихся следов болезни особенно важны, как и в нашем случае, эмоциональное оскуднение, далее отсутствие сознания перенесенной болезни, несвободность в поступках и поведении, намеки на каталепсию, манерность, негативистическое упрямство, замкнутость и недоступность. Окружающие часто даже не догадываются о патологическом значении произошедших перемен. Оно становится ясным, когда впоследствии наступают рецидивы. В нашем случае, по-видимому, содействовала появлению рецидива совокупность послеродового периода, судебного процесса, осуждения и, наконец, лечения втираниями. Исход в лучшем случае сведется к слабоумию в значительной степени.

Клинические случаи, приведенные выше, которые рассмотрел и подверг глубокому анализу Э. Крепелин, - хрестоматийные образцы двигательных (эффекторных) расстройств. Впоследствии немецкие психиатры обозначили их как двигательные (Motilitatpsychose) психозы (Kleist K., 1908, 1909; Leongard K., 1957). Действительно, двигательные расстройства, нарушения моторики в таких случаях являются облигатными, постоянными. Подобные картины психозов, наблюдаемые со времен К. Кальбаума, регистрируются в том же самом виде и современными врачами-клиницистами, что свидетельствует об устойчивости подобной патологии в

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

психиатрической клинике, определяя специфичность выделенного К. Кальбаумом симптомокомплекса (кататониче-ского синдрома).

9.2. ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Понижение волевой активности. Гипобулия, абулия (от греч. *abulia* - слабость воли, безволие, нерешительность) - проявление упадка волевой активности. В клинической практике рассматривается как заторможение волевых функций, которые зависят в ряде случаев от тормозящего действия отрицательного аффекта, например, в виде витальной тоски (по Schneider K., 1923). Мы ранее уже отмечали, что у больных эндогенной циркулярной депрессией имеются интенция, побуждение, но дальнейшее развитие волевого акта затормаживается, что проявляется, в частности, в гипобулии. Такие клинические эффекты могут наблюдаться и при органической мозговой патологии, например при эпидемическом энцефалите. При подобном типе поражения ЦНС могут быть снижены все компоненты волевой активности, начиная с побуждения и заканчивая деятельностью.

Ослабление волевых функций служит облигатным симптомом шизофрении, особенно на поздних стадиях ее развития. С.С. Корсаков (1891), описывая основные расстройства, свойственные дизнойе (острой шизофрении), отмечал «ослабление энергии психической жизни». Впоследствии K. Conrad (1959) ввел для таких случаев термин «падение энергетического потенциала». Ослабление волевых функций может также проявляться в подчиняемости чужой воле, во внушаемости [«питиатизм», по I. Babinski (1909, 1917)]. Это свойственно также больным олигофренией, некоторым психопатическим личностям астенического круга, истерическим субъектам. Снижение волевого ресурса способствует формированию алкоголизма, наркомании.

Усиление волевой активности (гипербулия) проявляется в повышенном стремлении к деятельности, в двигательном оживлении, беспокойстве, сопровождается в ряде случаев повышением речевой продукции. Повышение (кажущееся) волевой активности иногда зависит от расторможения низших влечений, вследствие чего действия принимают характер импульсивных, немотивированных. Наблюдаются случаи парциальной волевой активности, например, у некоторых больных истерией, которые в целом чаще слабовольны и внушаемы.

9.3. РАССТРОЙСТВО ВЛЕЧЕНИЙ

Влечения представляют собой филогенетически старые функции, свойственные животным. Они имеют большое значение для жизнедеятельности, так как направлены на самосохранение и сохранение рода. Влечение к пище, действия, направленные к добыванию пищи и сохранению от опасности, к обеспечению водой для питья и убежищем от опасностей, направлены к сохранению жизни как своей, так и своих детенышей. В последнем сказывается влечение к сохранению рода. Инстинкт продолжения рода определяется половым влечением. Такие инстинкты, влечения, имеющие биологическое значение, свойственны и человеку (см. главу 3 «Понятие конституции и структуры личности»). Однако у человека и предмет влечений, и их качества совершенно особые.

Социально-трудовая деятельность человека привела к развитию новых потребностей, относящихся к жилищу, одежде, умственным и эстетическим запросам, к общению с другими людьми. В отличие от влечений, имеющих примитивно-инстинктивный характер, у человека развивается сознательная и целеустремленная волевая деятельность. Примитивные влечения имеют место и у человека (см. главу 3 «Понятие конституции и структуры личности», формулу инстинктов человека), но они находятся в подчинении и регулируются высшими сознательными функциями - волей. Человеческая воля сдерживает влечения, руководит ими. Слабость воли растормаживает их, резко меняя поведение человека. В результате в клинической практике мы наблюдаем различные варианты патологических влечений.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Анорексия (от греч. *an* - отсутствие, *orexis* - аппетит) - утрата чувства голода, отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании. В пубертатном возрасте при нервной анорексии вначале отказ от еды возникает с целью похудания, затем чувство голода угасает и появляется отвращение к еде. Утрата чувства голода наблюдается при психических заболеваниях: депрессии, кататоническом ступоре, алкогольной абстиненции. Анорексия со значительным похуданием наблюдается при эндокринном психосиндроме, в случаях болезней Симмондса и Шихана.
Полидипсия (от греч. *poly* - многие, *dipsa* - жажда) - повышенное потребление жидкости, неукротимая жажда, чаще всего встречается при эндокринных заболеваниях, но наблюдаются случаи и психогенной полидипсии.

Парорексия, пикацизм (от лат. *pica* - сорока) - извращение аппетита, распространяющееся на несъедобные вещества (мел, глина, уголь и др.).

Копрофагия (от греч. *κόπροç* - кал, *φαγog* - пожирание), или скато-филия (от греч. *skatos),* - стремление к пожиранию собственных экскрементов.

Половое влечение также может быть измененным: либо резко повышенным (гиперсексуальность), либо пониженным (гипосексуальность, или асексуальность). Особое значение имеют извращения полового влечения. Приведем некоторые из них.

Аутоэротизм (нарциссизм) - половое влечение направлено на самого себя.

Гомосексуализм (мужской, в том числе педерастия и мужеложество, и женский, или лесбийская любовь) - половое влечение направлено на лиц своего пола.

Педофилия - половое влечение к малолетним.

Геронтофилия - половое влечение, направленное на престарелых.

Инцестофилия - половое влечение к кровным родственникам.

Зоофилия (содомия), скотоложество - половое влечение к животным.

Некрофилия - половое влечение к трупам. *Пигмалионизм* - половое влечение к статуям.

Трансвестизм - влечение к ношению одежды противоположного пола.

Вуайеризм - влечение к созерцанию полового акта или обнаженных половых органов.

Эксгибиционизм - стремление обнажаться (обычно в присутствии лиц противоположного пола).

Фетишизм - влечение к предметам, вызывающим половое возбуждение (женская косынка, туфля и др.).

Садизм - наступление полового удовлетворения только при условии жестокого обращения с партнером.

Мазохизм - наступление полового удовлетворения только при условии физических страданий и морального унижения, доставляемых парт нером.
Импульсивные влечения - расстройства, характеризующиеся внезапно возникающими стремлениями к совершению какого-либо действия, овладевающие сознанием, рассудком, полностью подчиняющие себе все поведение больного. Они воспринимаются большинством больных как чуждые, болезненные состояния. Импульсивные поступки в типичных случаях реализуются без внутренней борьбы и внутреннего сопротивления. Но иногда их развитию предшествует борьба мотивов, которая может продолжаться от нескольких секунд до нескольких часов. В это время пациенты пытаются переключить внимание на что-либо другое, представляют последствия совершенного поступка, осуждают себя. Однако, несмотря на попытки

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

отвлечься от возникшего влечения, внутреннее напряжение, требующее разрядки, у больных нарастает, затем реализуется тот или иной вид влечения. Вслед за реализацией желания наступает кратковременное облегчение, затем, как правило, возникает депрессия с идеями самообвинения или апатия, реже - приподнятый фон настроения с экстатичностью, восторгом, сменяющийся затем депрессией с самообвинением. Среди видов импульсивных влечений наиболее распространены следующие:

- *дромомания* - непреодолимое стремление к перемене мест, бродяжничеству;

- *клептомания* - стремление к воровству;

- *дипсомания* - влечение к злоупотреблению спиртными напитками, нередко у абсолютных абстинентов;

- *пиромания* - стремление к поджогу;

- *гомицидомания* - влечение к убийству;

- *симптом Плюшкина* - патологическое влечение к собиранию хлама.

Отмечаются и другие виды импульсивных влечений, которые встречаются гораздо реже. Приведем клинические примеры патологии сексуальных влечений из классического труда Рихарда фон Крафт-Эбинга (1909) «Половая психопатия».

Пример 1. Сержант Bertrand - человек нежного телосложения, странного характера, с детства замкнутый, нелюдимый, любящий уединение. Состояние здоровья его родственников недостаточно точно известно, но достоверно установлены случаи душевных заболеваний в восходящем поколении. Еще ребенком он обнаруживал ничем не объяснимую наклонность к разрушению и ломал все, что попадалось под руку. Уже в раннем детстве он, без всякого постороннего внушения, стал заниматься онанизмом. На 9-м году он начал испытывать склонность к лицам другого пола. В 13 лет в нем пробудилось сильное стремление к половому сношению с женщинами; в это время он сильно предавался онанизму, причем воображение рисовало ему каждый раз комнату, наполненную женщинами, с которыми он имел сношение и затем мучил их. Вслед за сим он представлял себе их трупами, которые он подвергал осквернению. Иногда при этом в фантазиях его возникало представление о сношении с мужскими трупами, но картины эти вызывали в нем отвращение. С течением времени он стал испытывать стремление проделывать то же самое и с настоящими трупами.
За отсутствием человеческих трупов он доставал трупы животных, распарывал им животы, вырывал внутренности и при этом мастурбировал, что доставляло ему чувство несказанного наслаждения. В 1846 г. он перестал уже довольствоваться трупами и стал убивать собак, проделывая с ними вышеназванные манипуляции. К концу этого года в нем впервые пробудилось страстное желание воспользоваться для своих целей человеческими трупами. Вначале он, однако, боялся этого, но в 1847 г., когда он случайно заметил на кладбище только что засыпанную могилу, желание это, при явлениях головной боли и сердцебиения, овладело им с такою силою, что, несмотря на близость людей и опасность быть застигнутым врасплох, он вырыл труп. За неимением подходящего орудия, которым он мог бы рассечь труп, он схватил могильную лопату и с яростью стал наносить трупу удары. В 1847 и 1848 гг., примерно через каждые 2 нед, у него при явлениях сильной головной боли пробуждалось желание надругаться над трупом. Невзирая на большие опасности и преодолевая величайшие затруднения, он около 15 раз удовлетворил эту потребность. Он вырывал трупы руками и под влиянием испытываемого возбуждения не чувствовал даже получаемых при этом повреждений. Овладев трупом, он разрезал его саблею или карманным ножом, вынимал внутренности и при этих условиях мастурбировал. Пол трупа, по его словам, не играл для него никакой роли,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

хотя следствием было установлено, что этот современный вампир выкопал больше женских трупов, нежели мужских. Во время совершения этих актов он испытывал неизъяснимое половое возбуждение. Изрезав труп, он каждый раз снова закапывал его. В июле 1848 г. он случайно добыл труп 16-летней девушки. Тут впервые его охватило страстное желание совершить coitus на трупе: «Я покрыл его поцелуями и бешено прижимал его к сердцу. Все, что можно испытать при сношении с живою женщиною, ничто в сравнении с полученным мною наслаждением. Через 1/4 ч после этого я по обыкновению рассек тело на куски, вынул внутренности, а затем опять закопал труп». Лишь после этого преступления Bertrand, по его словам, почувствовал потребность перед тем, как рассечь труп, совершать с ним половое сношение. Так он поступил впоследствии с тремя женскими трупами. Но собственно мотивом выкапывания трупов было, как и прежде, рассечение их, которое доставляло ему несравненно большее наслаждение, чем совокупление с ними. Последнее являлось всегда только эпизодом главного акта и никогда не утоляло его страсти, вследствие чего он неизменно после совокупления с трупом рассекал его или какой-либо другой труп. Судебные врачи признали в этом случае «мономанию». Военный суд приговорил Bertrand'α к заключению в тюрьму на 1 год.

Пример 2. Известный Ardisson родился в 1 832 г., происходит из семьи преступников и помешанных, учился сносно, не пил, не страдал эпилептическими припадками, никогда не болел, но умственно ограничен. Его приемный отец, с которым он жил, был безнравственный человек. А. в детстве занимался мастурбацией, devorare solebat sperma proprium, бегал за девушками, не понимая, что над ним смеются. Loco, quo mulieres urinaverunt, lotium bibere solebat. Ничего плохого в этом не видел. В селе он был известен как fellator. Вместе со своим отцом он пользовался нищенками, которые у них ночевали. Охотно занимался форникацией, женские груди являлись для него фетишем, и он любил mammas sugere.

С течением времени он дошел до некрофилии. Он вырывал трупы женщин в возрасте от 3 до 60 лет и на трупах производил succio mammae, cunnilingus и только в виде исключения coitus и mutilatio. Один раз он взял с собой голову женщины, в другой раз - труп девочки 3,5 года. После совершения своих ужасных дел он старательным образом опять приводил могилу в порядок. Жил он изолированно, для себя, временами был пасмурен, никогда не обнаруживал добрых чувств, но, в общем, был обыкновенно в хорошем расположении духа, которое не оставляло его и позднее, в тюрьме, работал в качестве помощника у каменщика. Стыд и раскаяние по поводу совершенного были ему чужды. В 1892 г. он долгое время исполнял обязанности могильщика. Призванный на военную службу, он дезертировал и занимался нищенством. Любил употреблять в пищу кошек и лягушек. Когда его вернули на военную службу, он снова дезертировал. Его не наказали, так как считали его не вполне нормальным. Наконец ему предоставили свободу. Он снова сделался могильщиком.

Присутствие на погребении 17-летней девушки с пышной грудью пробудило в нем снова влечение выкапывать трупы. Таких осквернений могил он совершил много. Голову покойницы взял с собой, целовал ее часто и называл своей невестой. Он был захвачен в то время, когда, принесши домой труп 3-летнего ребенка и спрятав его в солому, он ночью занимался удовлетворением своей страсти; даже гниение трупа, выдавшее его, не смущало А. Невозмутимо, с улыбкой сознался он во всем. А. небольшого роста, принадлежит к типу прогнатов, с симметрическим черепом, общий тремор, ослабленное питание, половые органы нормальны, половое возбуждение отсутствует. Мало развит. Нравственные чувства совершенно отсутствуют. Пребывание в тюрьме ему нравилось (Epaulard op. cit.).
Пример 3. Больной Ц. является на прием по поводу предполагаемой спинной сухотки, сестра отца - душевнобольная. Многие родственники отличаются крайней

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

нервозностью и причудами. Ближайшее исследование больного позволяет констатировать половую спинномозговую и головно-мозговую астению. Ни анамнез, ни объективные симптомы не обнаруживают следа спинной сухотки. На вопрос о половых излишествах больной заявляет, что с детства предавался онанизму. Дальнейшие расспросы выявили следующие интересные психополовые аномалии. Уже в возрасте 5 лет у Ц. пробудилась половая жизнь, проявляясь в сладострастном влечении как к самосечению, так и к сечению другими лицами. Определенных в смысле пола индивидов больной при этом в виду не имел. Faute de mieux он предавался самобичеванию и с течением времени добивался этим путем извержения семени. Уже задолго до этого он начал удовлетворять себя мастурбацией, причем каждый раз воображение его рисовало ему картины сечения. Когда он подрос, он посетил публичный дом для того, чтобы быть там высеченным проституткою. Он выбрал для этой цели самую красивую девушку, но, к удивлению своему, был совершенно разочарован, так как акт сечения не привел не только к семяизвержению, но даже к эрекции. Он узнал, что сечение представляет лишь вещь второстепенную, но, что главное, - это идея подчинения воле женщины. К этому выводу он пришел не в первое свое посещение публичного дома, но во второе, когда его попытка увенчалась полным успехом именно потому, что он всецело был поглощен мыслью о своем порабощении.

С течением времени, настраивая свою фантазию в смысле мазохисти-ческих представлений, он мог даже совершать coitus также и без всякого сечения, но получал при этом лишь неполное удовлетворение, почему и предпочитал иметь половое общение мазохистическим путем. Подчиняясь власти прирожденного влечения к бичеванию, он находил в мазохистических сценах удовольствие лишь тогда, когда подвергался бичеванию ad podicem или, по крайней мере, воспроизводил воображением подобную ситуацию. В периоды сильно повышенной возбудимости ему достаточно было даже одного представления о том, что он описывает красивой девушке сцены этого рода. Это вызывало в нем оргазм, и дело по большей части оканчивалось извержением семени. Очень рано к этому присоединились в высшей степени действительные, в смысле конечного эффекта возбуждения, фетишистические представления. Он заметил, что его внимание приковывали и удовлетворяли такие женщины, которые носили высокие сапоги и короткую юбку (венгерская одежда). Каким путем дошел до этого фетишистического представления, Ц. указать не может. И в мальчиках его возбуждала нога, обутая в высокий сапог, но возбуждение это, по его словам, чисто эстетическое, без примеси чувственной окраски, да и вообще он не замечал в себе ни разу ощущений однополого характера. Свой фетишизм пациент объясняет пристрастием к икрам, прибавляя, однако, что возбуждают его только дамские икры, скрытые в изящном сапоге. Обнаженные икры, как и вообще обнаженные женские формы, не вызывают в нем ни малейшего полового возбуждения.

Другим фетишистским представлением, но уже побочного, второстепенного значения, является для больного человеческое ухо. Он испытывает сладострастное ощущение, поглаживая красивое ухо красивого человека. У мужчин это доставляло ему очень незначительное наслаждение, у женщин - огромное. Затем он питает слабость к кошкам. Он находит их красивыми, каждое их движение симпатично ему. Вид кошки в состоянии даже вывести его из самого подавленного состояния. Кошка представляется для него чем-то священным, больше того - он видит в ней даже божественное существо! В причинах этой странной идиосинкразии он не может дать отчета. В последнее время в его воображении стали возникать часто и садистические представления, содержанием которых являлось бичевание мальчика. В этих представлениях играют роль как мужчины, так и женщины по преимуществу, однако последние в этом случае наслаждения, испытываемые им, несравненно большие.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Больной утверждает, что наряду с ощущениями мазохистическими он имеет еще другие, которые характеризует названием «pagismus». В то время как его мазохистические представления и действия носят, безусловно, грубо-чувственный характер и окраску, его «пажизм» состоит в идее, что он служит пажом красивой девушки. Девушку эту он представляет себе вполне целомудренною, хотя пикантною, и свои отношения к ней - отношениями раба, но отношениями совершенно невинными, чисто «платоническими». Идея служения пажом «чудному созданию» окрашена сладостным ощущением, отнюдь, однако, не полового характера. Ц. испытывает при этом исключительно нравственное удовлетворение в противоположность чувственно окрашенному мазохизму, потому должен видеть в своем «пажизме» нечто совершенно иное. Внешность пациента на первый поверхностный взгляд не представляет никаких отклонений от нормы, но при ближайшем осмотре оказывается, что таз его чрезмерно широк, с плоскими подвздошными костями, с ненормальным наклоном, безусловно, женственного характера. Глаза невропатические. Ц. сообщает затем, что он часто испытывает чувство щекотания и сладострастного возбуждения в заднем проходе и что может доставлять себе удовлетворение ope digiti и с этой области (эрогенная зона). Пациент беспокоится за свое будущее и сомневается в своем выздоровлении. Полагает, что для него, возможно, было бы единственное спасение - это заинтересоваться женщиной надлежащим образом, но считает для этого слишком слабыми и свою волю, и свое воображение.

То, что пациент, историю болезни которого мы только что привели, называет «pagismus», в сущности, мало чем отличается от мазохизма, как это доказывают: 1) нижеследующие случаи «символического» мазохизма и другие аналогичные наблюдения; 2) то обстоятельство, что совокупление при этом виде полового извращения иногда отвергается больными как неадекватный акт; 3) тем фактом, что в подобных случаях нередко дело доходит до фантастической экзальтации извращенного идеала.

9.4. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ (ГИПЕРДИНАМИЧЕСКИЕ) РАССТРОЙСТВА

Изучение гиперкинетического синдрома начато в 50-х годах XX в. Такие расстройства представлены явлениями гиперактивности, нарушениями внимания и импульсивностью. Детям с гипердинамическими расстройствами свойственны следующие особенности поведения: они не могут спокойно сидеть, легко отвлекаются на посторонние стимулы; с трудом дожидаются своей очереди в различных ситуациях; часто отвечают, не задумываясь над вопросом, не выслушав его до конца; с трудом сохраняют внимание при выполнении заданий или во время игр; переходят от одного незавершенного действия к другому; болтливы; часто мешают другим, пристают к окружающим; часто теряют вещи, необходимые в школе, дома; часто совершают опасные действия, не задумываясь о последствиях, например, перебегают улицу, не оглядываясь по сторонам; могут иметь заниженную самооценку и т.п. Интеллектуальные способности у таких детей могут быть различными, но, как правило, указанные симптомы гиперактивности затрудняют интеллектуальную деятельность и замедляют развитие.

Симптоматика данных расстройств достаточно специфична, независимо от того, развился ли данный синдром в рамках прогредиент-ных нервно-психических заболеваний (эпилепсия, энцефалиты и другие текущие органические процессы и состояния, психоорганический синдром) или резидуально-органического генеза, нередко отождествляемого с минимальной мозговой дисфункцией. Эти расстройства изучают не только психиатры, но и детские неврологи, педагоги и другие специалисты. Об интересе к такого рода расстройствам свидетельствует разнообразие терминов, встречающихся в литературе: гипердинамический, хронический мозговой синдром, минимальное повреждение мозга, легкая детская

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

энцефалопатия, легкая дисфункция мозга и др. При этом все авторы единодушны в том, что гиперкинетические нарушения следует вовремя квалифицировать, лечить и корректировать.

Распознавание подобных нарушений у детей, несмотря на очевидные признаки, представляет большие трудности. Во-первых, следует учесть возможность временного сочетания проявлений гиперактивности и неспособности длительное время удерживать внимание, которое наблюдается у ребенка при утомлении (например, длительный переезд) или после перенесенного заболевания. Каждый из этих случаев необходимо подвергнуть специальному анализу. Во-вторых, трудности распознавания гиперкинетических расстройств связаны с наличием у ребенка в первые 5 лет жизни физиологической подвижности, являющейся возрастной нормой. Особенно это относится к возрасту до 3 лет.

Однако в отличие от физиологической подвижности, имеющейся на своеобразном эмоциональном фоне, у ребенка с гиперкинетическими расстройствами двигательная активность не адекватна ни ведущему эмоциональному состоянию, ни окружающей обстановке. Вместе с тем состояние повышенной отвлекаемости, свойственное таким детям, следует отличать от явлений так называемого гиперметаморфоза (сверхотвлекаемости), от тревожных эпизодов и пр., которые вызывают остро развивающиеся психотические нарушения и, по сути, являются их выражением. От этих случаев следует дифференцировать состояния вторичной тревожности, которые развиваются у детей с гиперкинетическими проявлениями как реакция на низкую самооценку и др.
С другой стороны, гиперактивность необходимо дифференцировать от таких неврологических проявлений, как гиперкинезы. В отличие от гиперкинезов, сопровождающихся также повышенной двигательной активностью, у детей с гиперкинетическими нарушениями отсутствуют разнообразные движения, отличающиеся вычурностью, связанные с сокращением отдельных групп мышц и т.п. В-третьих, требуют специального дифференцирования такие типичные для гиперкинетических расстройств признаки, как импульсивность и дефицит внимания (Голик А.Н., 2005). Импульсивность, свойственная детям с гиперкинетическими расстройствами, проявляется в любой ситуации, не определяется какими-нибудь конкретными внешними влияниями и, как правило, не контролируется запретами. Однако в отличие от импульсивности в рамках, например, кататонических расстройств у детей с гиперкинетическими расстройствами не обнаруживается системность нарушения мышечного тонуса.

Наконец, при дефиците внимания у ребенка с гиперкинетическими расстройствами не сформировано активное внимание, например, ребенку сложно участвовать в беседе. Подобные явления необходимо дифференцировать от утомляемости и истощаемости, которые также могут сопровождаться повышенной двигательной активностью. От состояния дефицита внимания в данном случае утомляемость отличается тем, что она затрагивает, как правило, все психические процессы, больные при этом могут испытывать головные боли и т.п. Кроме того, у детей с такими нарушениями часто встречается явное запаздывание развития речи.

Своевременное распознавание у детей гиперактивности и дефицита внимания позволяет прогнозировать их обучаемость. Поскольку гиперактивность возникает до 7-летнего возраста и в отличие от здоровых дети с гиперкинетическими расстройствами не могут тормозить свою локомоторную активность, когда этого требуют социальные ограничения, можно ожидать у них эмоциональной незрелости и в целом некоторого замедления психического созревания к началу обучения в школе. Кроме того, у таких детей обычно возникают проблемы при установлении контакта со сверстниками.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Таким образом, у гиперактивных детей эмоциональная и социальная составляющие школьной зрелости к началу обучения зачастую оказываются не сформированными.

Поведение детей с умеренно выраженными гиперкинетическими расстройствами с возрастом компенсируется. Поведение детей, которые в младшем возрасте отличались резко повышенной гиперактивностью, и в дальнейшем имеет отклонения, что требует коррекции при выполнении игровых и школьных заданий. Приводим краткую клиническую иллюстрацию гиперкинетических расстройств (Каплан Г., Сэдок Б., 1994).

8-летнего Фреда отправили к школьному врачу в связи с тем, что он «не может держать себя в руках» и контролировать свое поведение. Мальчик невнимателен, часто не слушает, о чем говорят, и легко отвлекается. Он слишком активен во время урока: часто вертится, встает починить карандаш или идет в туалет. Учителя жалуются, что он часто выкрикивает ответ, не дослушав вопроса до конца. Его трудно заставить сосредоточиться и организовать себя в классе. Дома за ним также нужно постоянно следить, чтобы он выполнил домашнее задание.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Глава 10. Патология памяти и интеллектуальной сферы

Память - интегративный нейробиологический процесс организации и сохранения прошлого опыта, дающий возможность его воспроизведения, повторного использования в психической деятельности или возвращения в сферу сознания и поведения. Память связывает прошлое субъекта с его настоящим и будущим, является важнейшей познавательной функцией, которая определяет возможности онтогенетического развития, обучения и служит предпосылкой формирования интеллекта.

Интеллект, по Д. Векслеру (Wechsler D., 1958), определяется как обобщенная глобальная способность индивидуума к целесообразному поведению, рациональному мышлению и эффективному взаимодействию с внешним миром.

В настоящее время принято различать *кратковременную* (оперативную) и *долговременную* память. В соответствии с концепцией Дж. Папеца (Papez J., 1937) психоэмоциональной основой формирования запасов памяти служат ассоциативные волокна гипоталамических структур, свода, мамиллярные тела, переднее ядро гипоталамуса, поясная извилина, пресубикулярная область (круг Папеца). Это подтверждается при изучении компьютерных томограмм в случаях различных нарушений памяти, развивающихся на начальных этапах органических деструктивных заболеваний различного генеза. Нейроны корковых структур - базальные отделы коры височных долей, теменные отделы коры угловой извилины, лобные отделы коры, зона Брока, зона Вернике обеспечивают и регулируют функционирование всех видов памяти и функцию речи. Утрата более 20% нейронов корковых структур (например, при атрофии) приводит к стойкому снижению памяти и интеллекта.

В психиатрии память понимают как способность сохранять впечатления (запоминание) и воспроизводить из запаса имеющихся энграмм образовавшиеся представления и понятия. Способность более или менее точного удерживания в памяти приобретений, обогащающих содержание сознания, называют *ретенцией.* У совершенно здоровых в психическом отношении людей вариации в степени развития способности запоминания и воспроизведения могут быть весьма различными. Некоторые люди обладают очень хорошей памятью в отношении одних каких-то категорий, явлений, представлений, другие имеют отличную от первых направленность памяти. Различают память:

- *ассоциативную* (элементы запоминаемого связаны между собой ассоциациями);

- *двигательную* (на координацию и последовательность движений);

- *зрительную, слуховую, логическую* (элементы запоминаемого связаны логической последовательностью);

- *механическую, образную* (на определенные образы - как зрительные, так и слуховые, тактильные);

- *словесную* (легче всего запоминаются слова);

- *эмоциональную* (на чувства, эмоции, переживания определенного содержания).

Встречаются люди, обладающие феноменальной памятью со способностью запоминать и длительно хранить очень большие объемы информации. На особенностях памяти подробно останавливался С.С. Корсаков (1913), когда приводил выводы, касающиеся памяти у нормальных людей, сообщенные Деланеем в Парижском биологическом обществе: «Память была очень развита у народов Древнего мира - книги Веды, имеющие объем не меньше Библии, сохранялись в течение 8 веков только в памяти, так как письменности в Индии тогда не было... Провинциалы имеют больше памяти, чем горожане, адвокаты более, чем врачи,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

музыканты более, чем другие артисты... Память лучше перед едой, чем после еды: прилив крови к животу ослабляет память. Память лучше утром, чем вечером, летом лучше, чем зимой, на Юге лучше, чем на Севере». Очевиден тот факт, что память укрепляется после ее тренировки, это используется и при лечении таких серьезных заболеваний, как, например, болезнь Альцгеймера (на этапе мягкой деменции).

В клинической практике расстройства памяти обычно выражаются либо в форме ее заметного усиления (гипермнезия), либо в виде ослабления (гипомнезия, дисмнезия), что может иногда проявляться в крайней форме, достигающей степени полного отсутствия памяти (амнезия).
Гипермнезия наблюдается при различных психических болезнях, сопровождающихся возбуждением душевной деятельности. В таких случаях в сознании больного появляются воспоминания очень давние, которые он не может вспомнить в обычном, здоровом состоянии. По большей части такие воспоминания отрывочные, несвязные, но иногда возникают и очень последовательные воспоминания. Подобного рода гипермнезии наблюдаются при гипоманиакальных состояниях, при выраженных лихорадочных состояниях, после ушибов головы. В старых руководствах по психиатрии описывается случай Аберкромби в связи с наблюдением за больным, впавшим в беспамятство вследствие ушиба головы, а когда ему стало лучше, он заговорил на языке, которого в больнице никто не знал, а именно на валлийском. Он не был на родине в Уэльсе 30 лет и забыл язык, вспомнив его лишь под влиянием болезни.

В.П. Осипов (1923) наблюдал девочку в возрасте 2,5 года, заболевшую стрептококковой ангиной. Болезнь сопровождалась значительным повышением температуры, в лихорадочном периоде ребенок произносил наизусть прочитанную ей до заболевания несколько раз сказку в стихах объемом 12 страниц большого формата; далеко не все слова этой сказки девочке были понятны, но она произносила их совершенно правильно. Кроме того, ребенок требовал, чтобы ему читали вслух рассказы из знакомого сборника, написанного в прозе. Когда ухаживающие за больной не могли найти в книге нужные места, девочка брала книгу и, перелистывая страницу за страницей, по рисунку напечатанного текста (красные строки) безошибочно узнавала, что ей было нужно. Вместе с выздоровлением описанное обострение памяти выровнялось и девочка, вообще обладавшая хорошей памятью, уже не была в состоянии проявлять ее в таких объемах, как это было во время болезни.
Наблюдения за больными в маниакальном состоянии позволяют довольно часто отмечать у них облегченное воспроизведение давних впечатлений; субъективно пациенты нередко говорят по выздоровлении, что в периоде возбуждения они переживали необычайную легкость мышления и облегченную работу памяти, что доставляло им большое удовольствие.

Т. Рибо (1881) отметил известную закономерность в развитии общего ослабления памяти, названную впоследствии законом Рибо. По этому закону в случаях общего нарастающего понижения, ослабления памяти или прогрессирующей амнезии наблюдается следующий порядок: раньше всего исчезает память ближайших, текущих фактов, забываются вновь полученные сведения в силу развития фиксационной амнезии, так как больные плохо фиксируют в сознании все, что происходит с ними сейчас. Впоследствии ослабевает память общих идей, чувствований (например, чувство дружбы, вражды), привычек, действий. Содержание памяти утрачивается в направлении от нового к старому и от сложного к простому. Имена собственные забываются легче и раньше всего, за ними следуют имена существительные, имена прилагательные и глаголы, междометия и жесты. В случаях восстановления, улучшения памяти процесс идет в порядке, обратном ее утрате, т.е. в направлении от событий давних к новым и от действий к фактам, от жестов к

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

именам собственным. Закон Рибо был подтвержден в основных своих чертах и другими более поздними исследователями и даже разработан детальнее (Offner M., 1913). Наиболее отчетливо он бывает выражен в случаях постепенного и равномерного нарастания упадка памяти, например при медленном развитии старческого слабоумия.

Существующая закономерность развития нарастающего снижения памяти объясняется тем, что прежде всего страдает способность воспроизведения впечатлений, менее закрепившихся развитием ассоциативных связей, более новых, мало повторяющихся, менее привычных, сопровождающихся не очень яркой эмоциональной окраской. Это психологическая сторона явления, имеющего патологическую основу: там, где органически поражен субстрат психических процессов, структуры головного мозга *(круг Папеца)* не могут достаточно удовлетворительно закрепляться и воспроизводиться впечатления, особенно новые, которые первыми и поражаются.
Лица, страдающие нарастающим упадком памяти, утрачивают в значительной степени способность локализовать события в пространстве и времени (пространственная амнезия). Это расстройство служит естественным последствием лежащего в его основе психопатологического процесса. Способность локализации впечатлений обусловливается установлением их последовательной связи с другими впечатлениями. Поскольку такая связь не устанавливается прочно или совершенно не образуется, не может возникнуть достаточно удовлетворительной локализации в пространстве и особенно времени. Это проявляется у больных в грубых ошибках при определении собственного возраста и возраста близких лиц, что в клинике психозов пожилого (старческого) возраста наблюдается довольно часто при явлениях прогрессирующей амнезии.

Отмеченные особенности нарастающей амнезии можно проиллюстрировать клиническим примером (Осипов В.П., 1923).

Старческое слабоумие. Больной 72 лет, до начала болезни нес весьма ответственные обязанности, связанные с его службой, требовавшей значительного напряжения памяти и не всегда безопасной. Ослабление памяти было замечено окружающими с осени 1915 г. Больной забывал дни, путал дела, забывая о необходимых действиях по службе; будучи военным, он забывал о назначенных смотрах и приемах, неправильно надевал форму; с декабря 1915 г. ему нельзя было поручить сколько-нибудь сложной работы; он путал и забывал имена близких знакомых; повторял одно и то же по нескольку раз. В феврале и марте 1916 г. больной нередко являлся на службу в 7 ч утра и очень удивлялся, не находя никого на месте; тогда же было замечено, что в письме его оказываются пропущенными не только буквы, но и целые слова. Весною, в апреле и мае, больной забыл, где находится место его службы, он не мог найти своей квартиры сам и не мог никому объяснить, где он живет; были случаи, что он по 7-8 ч ездил по городу, не будучи в состоянии попасть домой, в конце концов его доставляла домой полиция, узнав его адрес по имени и фамилии. В половине мая больной подал своему начальству довольно длинный рапорт, по которому видно, что мужчина не помнит надлежащим образом имен своих сыновей, двоих из них называет одним и тем же именем, и не знает даже приблизительно, чем они занимаются и какое служебное положение имеют; собственное служебное положение в это время больной тоже представлял смутно. В июне, будучи в клинике, больной почти никого не мог назвать по имени, всех своих сыновей он называл одним именем, которое тоже с течением времени позабыл; при постоянных посещениях врачей он заявлял, что видит их в первый раз. Он был не в состоянии припомнить только что минувшие события, например, что он только что пообедал. Свой возраст больной определял неправильно, ошибаясь на 30-40 лет; он так и не смог усвоить, что находится в клинике, заявлял, что он вчера или сегодня утром сюда приехал;

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

наконец он перестал узнавать своих сыновей в лицо; целыми днями щипал корпию, сначала смутно вспоминал турецкую войну 1877-1878 гг., потом забыл и об этом. Первое время пребывания в клинике мог писать, пропуская буквы и слова, большей частью повторял многократно одно и то же слово или бессвязную фразу, затем и эта способность утратилась. Первые недели пребывания в клинике еще можно было отметить привычки и манеры человека, привыкшего распоряжаться, но затем все это исчезло. Больной скончался в декабре 1916 г. Амнезия его достигла крайней степени развития за 1-1,5 мес до смерти, - больной не мог говорить, не мог написать связной фразы.
В описанном случае нараставшее расстройство памяти закону Т. Рибо. Можно привести немало примеров такого упадка памяти, при котором больные, как в только что описанном случае, были не в состоянии вспомнить не только имена своих детей, но даже свое собственное имя и род своих занятий; когда больные настолько не ориентировались во времени, что даже приблизительно не определяли времени года и даже часа дня.

Часто встречающиеся виды расстройства памяти - ретроградная и антероградная амнезия. Эти термины были введены Т. Рибо (1881), по-русски они отражают утрату памяти предшествующего (ретроградная) и последующего (антероградная), т.е. амнезия может охватывать время, предшествующее заболеванию (например, больной не помнит того, что было до травмы черепа), и время, прошедшее после заболевания (например, после ушиба головы). Такие виды амнезии могут наблюдаться и после тяжелой психической травмы, вслед за припадками эпилепсии и др. Клиническим примером может быть следующий случай.

Вечером в день окончания государственных экзаменов в университете только что сдавший эти экзамены молодой человек Х. справлял с товарищами вечеринку. Выпив порядочно спиртных напитков, компания ночью решила прокатиться на автомобиле. При поездке Х. сидел впереди, рядом с шофером. Произошло несчастье - автомобиль налетел на тумбу и толчком Х. был выкинут на тротуар, при этом он головой ударился о фонарный столб. Х. был доставлен в бессознательном состоянии в больницу. Никаких существенных повреждений в связи с полученной травмой у него найдено не было, исключая умеренный кровоподтек в теменной области.

В течение дня он пришел в себя: у него были рвота, жалобы на головную боль. В течение 2-3 дней самочувствие больного настолько улучшилось, что с ним можно было беседовать: он жаловался на головокружения, головную боль, сердцебиение, шум в ушах, общую слабость. Были отмечены и другие признаки мозговой травмы. Выяснилось, что из памяти Х. выпал ряд событий, предшествующих травме: он не помнил, как сдавал государственные экзамены, лишь помнил, что начал их сдавать. Не помнил, что окончил курс, ничего не помнил о вечеринке с товарищами и о поездке на автомобиле. Долго не мог понять, как и почему очутился в больнице, в его сознании не воспроизводились и текущие события: не помнил окружающих лиц, сиделок, врачей, каждый раз встречая их, как незнакомых. Не помнил врача, который его исследовал, даже приблизительно не представлял, сколько времени находился в больнице. Время он определял с опозданием на несколько недель (от начала экзаменов). Лишь постепенно здоровье Х. восстановилось, память его окрепла недели через 3, а еще через некоторое время он припомнил события, предшествовавшие травме вплоть до поездки на автомобиле. Ясно, что в описанном случае речь идет о ретроантероградной амнезии, вызванной травмой, алкогольная интоксикация и экзаменационное утомление имели значение предрасполагающих факторов. Видно, что у больного Х. пострадала не столько способность запечатлевать события, сколько способность их воспроизводить. С восстановлением последней воспроизведение оказалось удовлетворительным.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

В отличие от прогрессирующей амнезии другая разновидность нарушения памяти - фиксационная амнезия - характеризуется утратой способности запоминать, фиксировать в сознании текущие события, события настоящего момента, недавнего прошлого. При этом все, что в данный момент имело место, больной мгновенно забывает.

Подобный тип нарушения памяти был описан С.С. Корсаковым (1887) при выделении алкогольного полиневритического психоза, сопровождающегося резкими нарушениями памяти, патологией мнести-ческой сферы. Впоследствии данный психопатологический симптомо-комплекс, как известно, получил имя автора и стал обозначаться как Корсаковский синдром. Блестящее описание подобной патологии иллюстрируют случаи автора, которые мы приводим как доказательный клинический материал (Корсаков С.С., 1887).

Пример 1. Больной О., 37 лет. *Анамнез:* больной всегда отличался хорошим здоровьем, был человеком очень крепкого сложения. В жизни своей совершал большие поездки, путешествовал по России, жил в Сибири. В последнее время жил литературным трудом. С очень давних лет стал пить много, сколько именно, трудно сказать, но штоф водки в день вовсе не составлял для него редкости. Водка почти не сходила с его стола. Он был очень крепок к вину и сильно пьян не бывал. Припадков белой горячки не было. За последние года 2 он стал все-таки чувствовать, что вино сильнее действует на него, и уменьшил количество выпиваемого вина; впрочем, все-таки выпивал рюмок 15 в день водки, да иногда бутылки 2 пива.
За последний год приятели больного замечали, что память его стала слабее прежнего, так что ему часто приходилось напоминать, что ему нужно сделать в тот или другой день; тем не менее он продолжал работать - писал в разных изданиях оригинальные и заметные повести. Кроме забывчивости, заметно было, что он стал не так твердо ходить. Так шло до 25 июня 1884 г. В этот день больной почувствовал себя нехорошо и резко уменьшил количество выпиваемой водки. Для окружающих казалось, что он просто позабывал о том, чтобы пить, так как сам он ничем не мотивировал, почему он стал вдруг пить гораздо меньше. Ночью на 26 июня он плохо спал, был взволнован, тревожен, часто задавал одни и те же вопросы, просил сидеть с ним. На следующий день такое состояние продолжалось, но волнение усилилось, забывчивость тоже усилилась. Видимо, больной потерял способность запоминать только что происшедшее событие, не помнил, что ему говорили, вследствие этого спорил с окружающими; ночью не спал, чего-то боялся. Я увидел его 30 июня. Он представлял собой мужчину очень крепкого сложения. Лицо несколько одутловатое, с небольшим желтоватым оттенком. Главные явления, обращавшие на себя внимание, были со стороны психической деятельности. В этом отношении замечено было следующее. Резко выраженное расстройство памяти. Больной совершенно забывал то, что случилось с ним в самое недавнее время; он не мог ответить, ел он сегодня или нет, был ли у него кто-нибудь или нет. То, что было с ним за 5 мин до данной минуты, он не мог вспомнить и, если ему напоминали, готов был горячо спорить, что этого вовсе не было. Иногда, впрочем, соглашался, говоря, что, может быть, он и позабыл, так как, говорил он, «у меня всегда память была слабая». То, что было задолго до болезни, больной хорошо помнит, рассказывает с подробностями; но то, что было уже около времени начала болезни, приблизительно за весь июнь месяц, больной помнит довольно плохо. Так, например, он в июне писал повесть и довел ее до половины, а теперь позабыл, чем она должна кончиться. Кроме того, он получил в июне несколько важных для него писем из редакций, а теперь об этом не помнит и, когда ему напоминают, весьма удивляется и говорит: «Не может быть».

Вследствие этого, конечно, кругозор его значительно сужен; тем не менее рассуждения его правильны - из данных посылок он делает совершенно правильные выводы, всем вещам придает их настоящее значение, относится ко всему

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

совершенно правильно; при этом мысль его не ограничивается одним суждением, а является целый ряд последовательных суждений, правильно вытекающих одно из другого и не лишенных находчивости и остроумия. Но если прервать нить его разговора, он совершенно позабывает, о чем он говорил, и сейчас же готов повторить все то, что говорил; то, что в его голове происходит тот или другой процесс, он совершенно забывает и вследствие этого очень часто повторяет одни и те же рассказы, одни и те же фразы, и все как будто новое. Эти фразы иногда поражают своей стереотипностью: одно и то же впечатление у него вызывает стереотипную фразу, которая произносится таким тоном, точно больной только что эту фразу придумал, как будто это новый продукт его мысли, до этого не бывший в голове.

Направление хода мыслей больного часто подчиняется внешним влияниям и, отвлекши на минуту больного от данной темы, можно очень скоро направить его совершенно на другую, поставив перед его глазами предмет, который вызовет у него новое направление мыслей. Материал для суждений, для мыслей, высказываемых больным, черпается, конечно, из прежде добытого умственного капитала, из прежде усвоенных впечатлений, так как новое не оставляет у больного заметного следа. Однако в этом отношении было несколько фактов, указывающих, что, очень вероятно, в бессознательной сфере душевной жизни остались следы и от недавних впечатлений. Так, например, меня он до своего заболевания не знал, а когда я бывал у него, все-таки сразу принимал за врача, только положительно утверждал, что лица моего не знает и фамилии не помнит. Отношение его, довольно симпатичное, тоже оставалось всегда; из этого можно подозревать, что память чувства и тех бессознательных восприятий, которые в совокупности дают представление о значении человека или вещи, у него более сохранились, чем память времени, места и формы.
О том, что он сам делал, больной решительно не помнит и говорит о себе то, чего никогда и не было; так, говорит, что он написал такую-то повесть, а он еще только думал писать; рассказывает с подробностями, куда он вчера ездил, а он давно в это место не ездил, и все подробности суть просто плод его воображения; когда же ему сказали, что это его фантазия, никак не хотел верить.

Сознание своего состояния довольно смутное. Он говорит, что голова его не так ясна теперь, как прежде, но все-таки говорит, что ничего особенно не чувствует, а «память у меня и давно слаба». Настроение духа меняется; тоскует и чего-то боится, когда остается один, зовет к себе, хочет, чтобы его занимали или слушали то, что он говорит. Водки не спрашивал. Лекарство принимает неохотно, говорит, что ему не нужно и что только что принимал. Воспоминания о вкусе лекарства нет, но смутное нерасположение к лекарству чувствует (лекарство горькое).

С физической стороны - небольшая шаткость походки; впрочем, ноги крепки и довольно сильны; мышцы не худы, пателлярные рефлексы сохранены. Сдавление икроножных мышц немного болезненно. В руках небольшое дрожание; едва заметное изменение почерка. Аппетит плохой; иногда бывает тошнота. Печень болезненна при давлении; размеры тупого звука ее увеличены. Запора нет. Моча красна. Пульс за 100, довольно мягкий.

Больному назначено было употреблять *Chin. grj., Opii puri* 3 раза в день.

В течение следующих дней память его оставалась совершенно без перемены, но беспокойство по ночам, чувство безотчетного страха и тревоги усилилось, так что больной не давал окружающим спать. Аппетита не было. Рвота бывала довольно часто. Больной был помещен в Мариинскую больницу, где и продолжал лечение. Рвота довольно скоро прекратилась, беспокойство по ночам тоже, но память не восстановлялась. Больному давали железо, ставили мушку. Последняя мушка была в начале августа 1884 г. Вскоре после нее стала слабеть сначала левая нога, потом, на

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

другой или на 3-й день, правая нога. Парез ног увеличивался постепенно, но не очень быстро. Вместе с этим сохранявшиеся долгое время пателлярные рефлексы исчезли, боли в икроножных мышцах усилились. Парез усилился до того, что в половине августа больной уже в постели плохо мог двигать ногами, и в это время явился парез сначала в левой руке, а через 2 дня - в правой. В таком состоянии я видел больного 22 августа. Параличные явления в этот день были в таком виде, больной лежал в постели и с трудом ворочал ногами. Мышцы, разгибающие стопу и пальцы на обеих ногах, совершенно парализовались. Мышцы икроножные чуть-чуть действуют. Сгибание и разгибание голени возможно, но слабо, при этом сгибание сильнее. Полное разгибание в колене очень затруднено вследствие того, что в сгибателях заметна наклонность к контрактуре. В тазобедренных суставах движения все возможны, хотя не сильны. Мышцы похудели. Удары молоточком по ним вызывают их сокращение. Сухожильные рефлексы колена отсутствуют, кожные с подошвы сохранены. Чувствительность сохранена; прикосновение к ногам больной хорошо чувствует и правильно локализирует. В левой руке паретическое состояние сильнее, чем в правой. Оно особенно заметно в разгибателях пальцев и в кисти. Межкостные мышцы действуют, но слабо и неправильно. Мышцы, сгибающие пальцы и кисть, значительно сильнее, но тоже слабы. Супинация слабее, чем пронация. Biceps действует порядочно. Мышцы несколько похудели. Удары молоточком вызывают в них сокращение. В правой руке заметно только небольшое уменьшение силы сжимания и разжимания. Распределения парезов по группам мышц незаметно. Чувствительность в обеих руках нормальна. Сдавление мышц рук и ног очень болезненно, особенно при сдавлении икр и ступней. Мышцы туловища и лица не парализованы: больной сидит хорошо, ворочается тоже. Глотание и речь вполне хороши. Моча выводится свободно; испражнения правильны.

Больного я больше не видал, но сведения, полученные мной о нем, были такие: через несколько дней после 22 августа резко ослабела и правая рука, а левая рука и ноги парализовались совершенно; потом вполне парализовалась и правая рука, резко ухудшились дыхание и глотание. Речь оставалась довольно внятной. Мышцы туловища тоже резко ослабели. У больного стали возникать приступы удушья, и при явлениях затруднения дыхания он скончался 4 сентября 1884 г. Сознания он не терял до последней минуты, хотя вообще сделался в последние дни жизни сонливее, чем был прежде.

В этом случае злоупотребление спиртными напитками было чрезвычайно сильное, и болезнь была, по-видимому, в прямой зависимости от хронического отравления алкоголем: после некоторых признаков, которые могли указывать на готовящуюся опасность, болезнь, наконец, проявилась в резкой форме и сначала именно выразилась в расстройстве памяти недавнего. Затем, по истечении месяца от начала болезни, к психическим расстройствам присоединились параличные явления, которые, начавшись в нижних конечностях, постепенно распространились вверх; по истечении месяца расстроилось дыхание, и больной умер от паралича диафрагмы. Течение подобного рода встречается в очень тяжелых случаях алкогольного паралича.
Пример 2. Больной 49 лет. *Анамнез:* больной принадлежит к семье, у 2 членов которой рак. Сам больной с детства был золотушен и затем постоянно страдал накожными болезнями; у него постоянно были угри, воспаление сальных желёзок, атеромы в разных частях тела, особенно на шее. Всегда был своеобразный, несколько односторонний человек, очень трудолюбивый и педантичный в исполнении обязанностей. Образ жизни вел очень монотонный; человек он был холостой. Злоупотребления in veneie не было. Занимался много и большею частью по ночам. Водку и пиво пил; сколько именно - трудно определить; по некоторым сведениям 1/2 бутылки водки и бутылок 5 пива в сутки, иногда случалось пить и

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

больше, хотя это, по-видимому, никогда не мешало ему правильно исполнять свои обязанности. Года 2 назад он несколько уменьшил количество выпиваемого вина, так как стал чувствовать, что оно на него стало дурно действовать; тем не менее все-таки продолжал пить как водку, так и пиво. Вечерние занятия обыкновенно соединялись с употреблением пива, причем почти всегда выходило 3-4 бутылки. За последние года полтора он стал жаловаться на плохое состояние желудка, на дурной вкус во рту; с год как по утрам стала делаться рвота слизью. Он стал угрюмее, стал чаще поговаривать, что у него делается рак, но, несмотря на мнительность, боялся лечиться. Вместе с этим он стал чувствовать усталость больше, чем прежде, и силами стал слабее, чем прежде, так что, например, последний год по утрам не мог писать вследствие трясения в руках.

Из прежних болезней нужно отметить, что в 1861 г. у него была специфическая язва на члене и после нее сыпь, которую пользовавшие его в то время врачи считали сифилитической, лечили ртутью. Больной, однако, сам не считал, что у него был сифилис, и с того времени ни на какие симптомы сифилиса не жаловался. Кроме того, он давно кашляет вследствие хронического бронхита и эмфиземы.
Начало настоящей болезни нужно считать с апреля 1884 г. Он как-то ехал на извозчике в пролетке; пролетка упала, и больной упал на мостовую, причем получил ушиб левого плеча с кровоподтеком. Потери сознания не было, больной сам приехал домой и первое время жаловался только на боль в плече. Мнительность его при этом усилилась; он стал говорить, что это может быть перелом, засел дома. Он жаловался при этом на общую слабость, нездоровье. Знакомые его спрашивали, что именно заставляет его так сидеть и так бояться пустой болезни? Он отвечал, что болит плечевой сустав; но потом оказалось, что боль в суставе совсем прошла, а больной все не решался выйти из дому. Серьезное внимание на болезнь было обращено, когда больной сказал одному из знакомых: «Я сегодня уж в залу не выйду, потому что ноги ослабели». Попробовали провести - действительно оказалось, что ходит он очень плохо. Однако это случилось не вдруг, а можно было добиться, что ноги слабели в течение нескольких дней. Констатировано ослабление ног было в июне 1884 г. С того времени ноги делались все слабее и слабее, так что в начале июля больной уже совсем не мог вставать с постели; в половине июля появился отек в ногах. Вместе с этим менялось и психическое состояние: больной стал плаксив, тупее, память его заметно стала слабеть.

Так шло дело до 20 июля, когда я в первый раз исследовал больного. Status praesens в то время был такой: лицо больного несколько одутловатое, покрытое угрями. На шее много больших мешотчатых опухолей. На коже спины и груди множество угрей и расширенных и увеличенных сальных желез. Больной сидит в постели, жалуется на слабость, на свое скверное положение. Встать с постели не может вследствие пареза ног. Ноги в таком состоянии: мышцы, разгибающие стопу и пальцы, очень слабо действуют, так что стопа большей частью отвисает. M. extensor Quadriceps тоже очень слаб. Немного сильнее икроножные мышцы, еще посильнее мышцы, сгибающие голень. В тазобедренном суставе движения значительно сильнее. Вполне разогнуть ногу в колене нельзя, потому что мускулы, сгибающие голень, напрягаются сильно и растяжение их вызывает резкую боль (контрактура сгибателей в слабой степени). Мышцы все очень дряблы, очень худы. Сокращения в них получаются только при употреблении сильных токов. Ступни и голени немного отекли. Давление на мышцы икроножные, мышцы стопы и бедра вызывает резкую боль. Давление на нервные стволы тоже болезненно. Кроме того, больной жалуется иногда самостоятельно на боль около tuber ischii. Анестезии нет. Все виды чувствительности порядочно сохранены. Пателлярных рефлексов в обеих ногах нет. При щекотании подошва ноги отдергивается в тазобедренном суставе. Обе ноги расстроены совершенно одинаково.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

В верхних конечностях паретические явления заметны в кистях. Сгибание и разгибание пальцев слабо, причем не заметно, чтобы разгибатели были слабее, чем сгибатели. Мышцы рук похудели, но не очень. Сокращения от индукционного тока хорошие. Сдавление мышц болезненно, но не так, как в ногах. Сдавление нервных стволов тоже болезненно. Анестезии нет.

В мышцах туловища паралича нет, но заметна большая утомляемость. В мышцах лица и глазодвигательных паралича нет. Глотает хорошо. Произношение правильно. Дыхание тоже. Выведение мочи совершенно правильно, моча красная, белка и сахара не содержит. Наклонность к запору, так что дня через 4 дается слабительное. Пульс около 100 в минуту, мягкий, наполнение ниже среднего. В сердце никаких шумов нет; больной кашляет, но не больше, чем обыкновенно, - скорее меньше. Много сухих хрипов в обоих легких. Небольшая эмфизема. Лихорадочного состояния нет.

Со стороны психической больной представляет очень резкие симптомы. На первом плане стоит расстройство памяти. Больной совершенно позабывает то, что только что случилось, и вообще не помнит того, что случилось за последнее время, за время его болезни. Впечатления исчезают из головы очень быстро: он забывает совершенно все, что видел за 2 мин до настоящего, что он слышал, что он сам говорил. Между тем рассуждает он довольно правильно: найдя какой-нибудь исходный пункт, он строит последовательно умозаключения довольно правильно; так, если его спросить что-нибудь из предмета, который составляет его специальность, он ответит совершенно правильно, без малейшей ошибки. Если спросить его мнение о какой-нибудь вещи, он его выскажет правильно. Если спросить, которое нынче число, то он не скажет; но если в комнате есть какой-нибудь предмет, который может дать возможность рассчитать, какое число, например газеты, - он спросит газету и назовет, какое число. Таким образом, способность делать правильные умозаключения вполне сохранена, но только в эти умозаключения совсем не входят данные, добытые из представлений, полученных уже во время болезни. Кроме того, так как больной забывает о тех выводах, которые он делал, и о том, что он говорил, то его рассуждения постоянно повторяются. Так, при виде одной и той же вещи больной может несколько раз подряд повторить одну и ту же стереотипную фразу; например, он в продолжение 10 мин сеанса электризации повторял мне 5 раз, как он в детстве боялся электричества и бегал из физического кабинета в гимназии. Каждый раз он эту фразу повторяет как новую. Всех знакомых узнает, называет по имени, но едва только кто-нибудь уйдет; он готов уверять, что никто у него и не был. Когда к нему приходят, он разговаривает охотно, хотя сам редко спрашивает и редко что говорит, а если говорит, то большей частью все одно и то же - одни и те же рассказы из прошлого; иногда делает замечания по поводу того, что видит перед глазами; большей же частью довольно вял и апатичен. Довольно охотно играет в карты, в преферанс и хорошо ведет запись и может подвести итоги, если все данные у него налицо и все партнеры сидят на своих местах. Свою забывчивость больной отчасти сознает и старается так ответить, чтобы другие не могли его поймать на ошибке; старается избегать подробностей, употребляет в разговоре общие места; по окончании разговора спрашивает бывших при этом, не сказал ли он чего-нибудь неправильно, не обидел ли кого-нибудь.

Иногда, однако, все-таки прорывается: так, больной, позабыв, что он болен уже давно, рассказывает, что на днях ездил в гости, в Петергофский парк, как там его встретили, радушно угостили. Ничего этого, конечно, не было. Вследствие всего вышеописанного больной вял, апатичен, энергии мысли почти никакой нет. Лицо выражает скуку, малоосмысленно. Настроение духа часто меняется, большей частью оно индифферентно, меняется от влияния внешних впечатлений; так, если спросить его о болезни, он начинает плакать, хныкать, что вот он какой калека, если же

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

перевести разговор на веселое, он скоро начнет смеяться. На вопрос, что он сам чувствует, отвечает, что у него тоска, в голове неясно и печальные мысли не выходят из головы. В дальнейшем усиливались явления паралича, в 1885 г. ему сделалось хуже после того, как он в свой день рождения выпил вина. Усилились меланхолические проявления, память оставалась в прежнем состоянии, т.е. больной сейчас же забывал те представления, которые исчезли с глаз. Умственный кругозор стал очень узок; суждения его стали крайне односторонними, не соответствовали прежней степени интеллекта. Разговаривал он очень неохотно, равнодушно относился к приходу знакомых и приятелей. Апатия. Высказывал противодействие всякой перемене обстановки, не слушая никаких убеждений, не соглашался переезжать на дачу, брать ванны. Слабоумие стало заметно крайне резко. Упадок умственных сил продолжался до марта 1886 г., когда бронхит усилился и больной, ослабев, скончался 17 марта.

С.С. Корсаков подчеркивал, что при алкогольном параличе почти исключительно расстроена память недавнего: «впечатления недавнего времени как будто исчезают через самое короткое время, тогда как впечатления давнишнего вспоминаются лучше. Например, больной не может вспомнить - пообедал он или нет, хотя только что убрали со стола. Больной хорошо играет в преферанс. Только что убрали шашки или карты, все следы игры скрыли, он позабывает об игре и говорит, что давно не играл.
То же самое относительно лиц: больной узнает их, если видел до заболевания, рассуждает, делает свои замечания, часто остроумные и довольно находчивые по поводу того, что он слышит от этих лиц: может поддержать разговор, довольно интересный, а чуть только ушли от него, он готов уверять, что у него никого не было. Если лицо, с которым он говорил минуты за 2 до данной минуты, снова войдет и спросит, видел ли он его, больной отвечает, что нет, не видел. Имен лиц, которых он не знал до начала болезни, он не в состоянии запомнить, а каждый раз эти лица являются для больного как бы незнакомыми совершенно. Контраст полнейшей амнезии относительно недавнего и сравнительной стойкости памяти давнего поразительный».

Так, один больной прекрасно описывал свои путешествия, настолько рельефно и картинно, что каждого увлекал своим рассказом - и все это были не фантазии, а действительные факты; но в то же время он совершенно позабывал, что этот рассказ он повторяет 10 раз кряду в течение 1 ч. Другой больной отлично пересказывал свои литературные работы, которые были изданы до болезни, а о той повести, которую он писал перед самым заболеванием, имел очень смутное понятие: начало ее помнил, а какой конец повести должен был быть - решительно не мог представить. Третий больной, превосходный знаток хирургической анатомии, с педантичною точностью описывал расположение сосудов той или другой части тела и в то же время решительно ничего не помнил из того, что делается во время его болезни. Те вещи, которые в здоровом состоянии больным очень часто повторялись, например некоторые поговорки, заученные фразы, теперь повторяются в одной и той же стереотипной форме: тот больной, который хорошо знал хирургическую анатомию, каждый раз давал ответы из этой области, в совершенно одних и тех же выражениях; описания путешествий, которые делал другой больной, были также в одних и тех же выражениях. Наряду с этим видимым сохранением памяти давно прошедшего чрезвычайно резко бросается в глаза отсутствие памяти недавнего: часто больной не только не помнит, сколько времени он болел, но даже иногда не помнит, что он настолько болен, что и встать не может; от одного больного приходилось слышать почти постоянно следующее: «я залежался сегодня, сейчас встану - только вот сию минутку ноги как-то свело, как только они разойдутся, я и встану».
Фиксационная амнезия, которая, как это показал С.С. Корсаков в вышеприведенных примерах, может становиться основным симптомом болезни - утрата памяти на

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

события настоящего при сохранении ее в отношении событий прошлого приводит к тому, что все новые впечатления моментально исчезают из памяти. Поскольку больные при этом ничего не запоминают, они не знают, где находятся (амнестическая дезориентировка), как они сюда попали, кто их окружает, какой сегодня день недели, число, год; поговорив с врачом, они могут сразу же забыть об этом, встретив врача через минуту, говорят с ним, как с незнакомым человеком впервые. Они забывают расположение своей палаты, не помнят, завтракали ли они сегодня. Все происшедшее до заболевания может сохраняться в памяти довольно точно. Это является особенностью Корсаковского синдрома, так же как и возникновение конфабуляций.

Конфабуляции - ложные воспоминания о событиях, которые якобы были в жизни больных, подобно признакам фиксационной амнезии считаются также важным признаком Корсаковского синдрома. Конфабуляции у больных с Корсаковским синдромом имеют, как правило, характер обыденных событий. Интенсивный наплыв конфабуляций может привести к развитию *конфабуляторной спутанности* (конфабулез со спутанностью). Конфабуляторную спутанность из-за имеющейся амне-стической дезориентировки в месте, времени и окружающих лицах, бессвязности мышления нужно отличать от помрачения сознания. Здесь надо учитывать, что при помрачении сознания нарушается процесс непосредственного отражения вещей и явлений, в то время как при конфабуляторной спутанности конкретные вещи больные воспринимают правильно. Галлюцинации и иллюзии при конфабулезе отсутствуют, нет выраженной инкогеренции, возбуждения, характерного для аменции. Фантастические события (при нарастании конфабулеза) относятся не к настоящему, как при помрачении сознания, а к прошлому. При помрачении сознания, в частности при онейроиде, почти постоянны иллюзии, при конфабулезе - ошибки суждения.
Корсаковский синдром, таким образом, включая в себя фиксационную амнезию, конфабуляции, псевдореминисценции (расстройства воспроизведения событий во времени), а также утомляемость (иногда эйфорию), рассматривается как особая разновидность психоорганического синдрома (амнестический симптомокомплекс).

При злокачественных атрофических процессах (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика) опустошение памяти и распад личности приобретают своеобразный характер (системные атрофии). При этом резко нарастает не только утрата каких-то формальных знаний, сведений о своей жизни, но и расстройство высших корковых функций. Это проявляется в развитии афазии (расстройства речи), агнозии (расстройства узнавания), апраксии (утраты навыков, способности к осмысленному действию), акинезии либо гиперкинезии (расстройства двигательной сферы) и другими признаками мнестико-интеллектуальной дефицитарности. Больные «разучиваются» понимать слова (сенсорная афазия), произносить их (моторная афазия), называть предметы (амнестическая афазия). Приведем клинические примеры такого рода, которые дает Э.Я. Штернберг в своей фундаментальной работе о пресенильных деменциях (1967).

Больная А-ва, 1890 г. рождения, поступила в мае 1960 г. в больницу им. Кащенко, где находилась уже в 1958 г. (история болезни № 11287).

Брат больной в позднем возрасте находился в психиатрической больнице, одна сестра страдает гипертонической болезнью, а другая - ослабо-умливающим процессом, напоминающим заболевание больной. Сама больная в прошлом серьезно не болела, рано стала работать портнихой. По характеру была добрая, тихая, уживчивая; жила с сестрой. Заболевание началось исподволь, примерно в 1948 г. Нарастали забывчивость и рассеянность, справлялась хуже с работой, «путала», «забывала, как надо шить». В 1951 г. ушла с работы. Постепенно перестала справляться и с домашними обязанностями, «забыла», как стирать, готовить и т.д. С

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

1953 г., на 5-м году болезни, стали отмечаться речевые расстройства, «не находила слов». С 1955 г. плохо понимала обращенную к ней речь и все чаще забывала названия предметов. До 19561957 гг. еще иногда читала, а потом перестала читать и понимать прочитанное. С 1957 г. полностью утратила способность писать, а до этого в письме часто отмечались пропуски букв. В 1957-1958 гг. уже не могла обслуживать себя, неправильно одевалась или раздевалась. В 1958 г. перестала понимать чужую речь, стала суетливой, связывала вещи в узлы, куда-то стремилась, перестала спать по ночам и т.д. В связи с неправильным поведением была в декабре 1958 г. впервые направлена в больницу им. Кащенко.
В больнице не обнаруживалось каких-нибудь грубых изменений со стороны внутренних органов и нервной системы. АД колебалось в пределах 80/140-100/160 мм рт. ст. ЭЭГ в начале 1959 г. показала, что амплитуда электроактивности коры мозга средняя. Колебания в правом и левом полушариях в основном симметричны и синхронны. По всем отведениям регистрируется полиморфная медленная активность умеренного вольтажа, отмечаются лишь отдельные острые волны и пики. Временами наблюдаются повсеместные гиперсинхронные разряды. Под влиянием ритмических световых и звуковых раздражителей наблюдаются значительное усиление патологических знаков и повышение амплитуды электроколебаний.

В конце 1958 г. больная уже не могла дать последовательных сведений о себе, стала суетливой, беспокойной, куда-то стремилась, связывала вещи в узел, была полностью дезориентирована, никого не узнавала, не находила своей койки, не могла обслуживать себя. Исследование речи в это время показало следующее: «Как фамилия?» - «Елизавета... Елизавета...»; «Сколько лет?» - «Сколько лет... Сколько лет... Да, да, да... Скажу... »; «Старая?» - «Да, да, да... конечно... конечно... »; «Дети есть?» - «Дети, дети... не было»; «Муж есть?» - «Муж... был...»; «Где он?» - «Не знаю»; «Умер?» - «Умер... умер... умер... »; «Жив?» - «Нет... Нет»; «Где работаете?» - «Где же работать? Были... были. Да... да... также... уходили... Может... куда...», речь переходит в непонятное бормотание; «Болеете?» - «Да... да... да...»; «Чем болеете?» - «Чем? Не так уже» и т.д. и т.п. Из простейших речевых инструкций понимает и выполняет только некоторые: «Показать язык!» - открывает рот; «Высуньте язык!» - встает: «Я... я... я... язык... я... я... зык...»; «Показать левую руку!» - «в... в... в... руку...».

Ряд других заданий повторяет эхолалически или становится растерянной, встает, кружится на месте и т.д. Повторная речь значительно лучше, больная правильно повторяет отдельные буквы, короткие слова и даже близкие друг к другу фонемы, как «бапа» и «паба». Когда ей подсказывают числовой ряд до 4, продолжает его: «пять, шесть, семь»; иногда ритмичный подсказ числового ряда вызывает произнесенные в этом же ритме итерации: «так, так... так... так». Предметов не называет, иногда эхолалически повторяет вводную часть вопроса: «как называется...», не узнает среди ряда предложенных названий правильное. Не читает слов, букв или цифр, не может писать спонтанно или под диктовку, но правильно списывает некоторые буквы, цифры и фигуры. У больной имеется известное чувство своей несостоятельности, мимикой и жестами выражает свою досаду и недоумение, иногда хочет что-то объяснить, но произносит при этом только бессвязные слова или быстрые логоклонические повторения отдельных слогов.

Иногда отмечается неоднократное логоклоническое повторение начальной буквы или слова, напоминающее заикание. В 1960 г. было установлено ухудшение речевых расстройств, выражающееся главным образом в дальнейшем распаде экспрессивной речи и в большей выраженности речевых автоматизмов. Сохранились, однако, остатки понимания чужой речи, особенно в беседе. Простейшие речевые инструкции выполняла только в редких случаях. Повторная речь была еще относительно сохранена. Спонтанно больная не говорила, но на вопросы и инструкции реагировала потоком речевых автоматизмов (логоклоний). Отмечалась известная сохранность

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

музыкально-выразительной стороны речи, которой соответствовала и известная естественность мимики и жестов. Спонтанное письмо к этому времени состояло из ритмично повторяющихся, стереотипных каракуль. Отмечалась резко выраженная амнестическая афазия.
Состояние больной в апреле 1962 г. (при давности заболевания в 14 лет) отличалось тем, что апраксия стала тотальной, появилась эхопраксия (т.е. больная иногда подражала движениям окружающих больных), появились признаки скованности, амимии, нарастал маразм, отмечался рост усов и бороды. Состояние речи еще ухудшилось: понимает только единичные вопросы (например, вопрос, как зовут) и инструкции, может повторить только несколько букв и коротких слов, эхолалически повторяет обращенные к ней слова. Реагирует на большинство вопросов и обращений потоком логоклоний. При этом сохранилась некоторая потребность в речевой коммуникации, создается впечатление, будто хочет что-нибудь рассказать. Относительно живыми остались мимика, жестикуляция, речевая интонация. Письмо состоит из бесконечных стереотипных каракуль.

Мы привели это наблюдение по той причине, что при относительно растянутом течении заболевания здесь с особой отчетливостью наблюдаются описанные выше типичные признаки речевых нарушений и характерная последовательность их развития. Нарушения речи начались на фоне прогрессирующей амнезии, примерно через 4-5 лет после начала заболевания, несколько позднее уже начавшейся утраты навыков. Сначала преобладали амнестически-афатические западения, рано нарушились письмо и чтение; позднее, примерно с 1958 г., стало заметно, что больная «не понимает». При первом осмотре в 1958 г. речевые расстройства характеризовались тотальной амнестической афазией, резким ограничением смыслового понимания, сохранностью повторной речи, наличием эхолалии, большой речевой активностью, особенно при ответах, бессвязностью и аграмматизмом речи, резким нарушением экспрессивной речи, наличием логоклонии, аграфии и алексии. Наблюдавшаяся нами в течение почти 4 лет прогредиентность распада речи касалась в первую очередь экспрессивной речи, состоящей в конце концов в основном из логоклонии, отдельных эхолалически повторяемых слов и невнятного бормотания; амнестическая афазия стала тотальной, сохранились только остатки понимания чужой речи.
Больная К-ая, 1881 г. рождения, поступила в больницу им. Кащенко в 1957 г. Племянница больной страдает шизофренией. Сама больная перенесла в 1930 г. брюшной тиф, осложненный кратковременным психотическим эпизодом. Нигде не работала, была домашней хозяйкой. В 1949 г. умер муж; в течение 3 мес после его смерти была очень подавлена. Примерно с этого времени началось настоящее заболевание (68 лет). Постепенно нарастали нарушения памяти; больная теряла запас прежних знаний и навыков, стала бестолковой, беспомощной. В последние годы перед поступлением в больницу была беспокойной, бродила по квартире и по улицам, не ориентировалась, никого не узнавала, но при этом говорила очень много, путанно и бессвязно. В больнице были обнаружены умеренные возрастные изменения (арте-риокардиосклероз, эмфизема легких и т.п.), АД - стойко нормальное, неврологических очаговых нарушений нет. В соматическом отношении у больной все благополучно, выглядит моложе своих лет, признаки одряхления стали отмечаться только в 1961-1962 гг. Уже в первые годы пребывания в больнице больная оказалась полностью дезориентированной, никого не узнавала, была суетлива, беспокойна, настроение благодушное, эйфоричное. Отмечалась известная живость движений, мимики и речи. Больная большинство вопросов не понимала, но всегда отвечала потоком бессвязной речи.

В начале 1959 г., т.е. примерно через 10 лет после начала болезни, стал развиваться синдром насильственного пения, который держался больше 3 лет. Больная беспрерывно, с определенной мелодией и в определенном ритме, пела один и тот же

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

набор слов. При этом чаще всего речь шла о спаренных и рифмованных, иногда парафазически искаженных словах. В течение ряда лет пела особенно часто следующее сочетание слов: «Шары... вары... народные пары... чудесные шары... народные вары...» и т.д. и т.п. Когда больная была предоставлена себе, эта насильственная продукция несколько затихала, но только изредка прекращалась полностью. Если только занимались ею, то насильственное пение резко усиливалось, оно составляло в основном ответы и реакцию больной, а иногда она с помощью «пения» обращалась к окружающим. Часто насильственное пение эхолалически «втягивало» в себя слова вопроса: «Как здоровье?» - «здоровье... шары... вары... народные пары...». В 1959 г. больная еще понимала ряд простых вопросов, называла, например, в качестве ответа свое имя или отвечала «не знаю», «забыла», «да», «нет» и т.д. Подобные ответы всегда оказывались свободными от парафазических искажений и нарушений словообразования, но они всегда переходили в описанную насильственную речевую продукцию. В то время больная понимала и некоторые простые речевые задачи, повторяла и читала вслух некоторые буквы и слова. Однако повторная речь или чтение всегда переходили в насильственную речь. Беспрерывная речевая продукция уже тогда носила не экспрессивный или коммуникативный, а чисто насильственный характер. Она могла еще называть некоторые предметы и писать свою фамилию; далеко не полной в это время была и апраксия.
В 1961 г. было установлено следующее: речевой контакт стал еще более трудным, так как интенсивность насильственного пения и говорения усилилась и почти не допускала других речевых реакций. Даже когда больная изредка отвечала или повторяла, то тут же ответ, состоящий обычно из одного слова, переходил в насильственную речь. Насильственное пение или речь состояли по-прежнему из ограниченного числа слов, которые по-разному сочетались и часто рифмовались. Смысловой связи в этой речевой продукции нет. Она выполняет как бы функцию ответов и произносится автоматически. Логоклоний или итераций не имеется. Больная понимает еще некоторые простейшие инструкции и вопросы, может повторить отдельные буквы и слова, но все эти речевые реакции как бы «тонут» в непрерывном потоке насильственной речи. Она выполняет только простейшие действия (снятие и завязывание платка); со спичками манипулировать не может. Отмечается приподнятое настроение, частый смех, живая мимика и моторика.

В апреле 1962 г. состояние больной уже следующее: нарастает одряхление, стала беспомощной, бывает неопрятна, не находит своего места, родных не узнает, бесцельно бродит по отделению. Насильственное речевое возбуждение стало несколько менее интенсивным, более тихим, но включает в основном те же пары рифмованных слов: «Народные пары... шары... вары... народные вары... » и т.д. Понимание чужой речи отсутствует, больная не реагирует на свое имя, не выполняет простейших инструкций. Изредка еще повторяет буквы или короткие слова, но тут же продолжает петь.

В тех случаях когда речевое возбуждение появляется в рамках сложного синдрома исходного состояния, оно чаще всего выступает как насильственное логоклоническое говорение, которое состоит из быстрого ритмичного повторения простых речевых элементов (типа «та... та... та... та... та... та...» и т.д.) и часто сочетается то «синхронно» с простейшими стереотипными движениями рук, то с амиостатическими симптомами, оральными и хватательными автоматизмами, контрактурами и другими неврологическими симптомами.
Нередко в рамках синдрома исходного состояния наблюдается определенная динамика насильственного речевого возбуждения. Насильственное говорение (или пение) сначала переходит в громкие ритмические крики, напоминающие описанную при эпидемическом энцефалите «клазоманию» (Benedek, М.Б. Кроль), а затем в какие-то ритмические стоны, громкие экспираторные звуки или скрежет зубами. С этой сме-

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

ной все упрощающихся проявлений речевого возбуждения коррелируют, как правило, нарастание экстрапирамидных расстройств, развитие кахексии и эмбриональной позы. При атрофических системных процессах в отличие от старческих атрофий почти не встречаются парамнезии в виде конфабуляций, отражающих «сдвиг ситуации в прошлое», когда, например, 90-летний старик утверждает, что ему 18 лет, что он только что вернулся с гулянки, где собирались девки и парни и т.д.

Дисмнезии - негрубые, преходящие нарушения памяти (внезапная забывчивость, после которой восстанавливается материал, который необходимо было вспомнить) свидетельствуют о начальных этапах развития какого-либо органического заболевания ЦНС, например, служат симптомом начального атеросклероза мозговых сосудов. При этом на время утрачивается оперативная память, чаще всего больной не в состоянии вспомнить нужного слова, факта, события; спустя некоторое время он все вспоминает и может использовать нужный материал при продолжении беседы на начатую тему.

Длительное существование различных расстройств памяти приводит к развитию *психоорганического синдрома* и слабоумия. Психоорганический синдром называют также энцефалопатическим, органическим психосиндромом. Эти определения подчеркивают, что в его основе лежит биологический, морфологический, хотя иногда и нерезко выраженный процесс. Происхождение психоорганического синдрома может быть различным, причинным фактором могут служить инфекции, опухоли мозга, травмы черепа, сосудистые заболевания, гипоксически-гипоксемические сдвиги при асфиксии, при сердечно-сосудистой недостаточности, при легочно-сердечной недостаточности, при почечной или печеночной патологии, при ряде эндокринопатий, вследствие интоксикации алкоголем, наркотическими веществами, при атрофических мозговых процессах. Клиническое понимание «органического» в соматической медицине, невропатологии и психиатрии различается. Для психиатра «органическое» - это своеобразная структура психической деятельности, а неврологические локальные знаки возможны, но не обязательны. Они, как правило, сопутствуют грубым, далеко зашедшим психическим органическим проявлениям. Начальные же, тонкие психоорганические расстройства нередко переживаются больными лишь субъективно, а становятся очевидными в условиях повышенной нагрузки, эмоционального напряжения и выявляются врачом при прицельном расспросе. Преобладание психических или неврологических проявлений органического мозгового страдания у конкретного больного зависит от биологической сущности, массивности и длительности патологического воздействия.

Основу синдрома составляет триада Х. Вальтер-Бюэля (Walter-Büel H., 1951): 1) снижение интеллекта; 2) ослабление памяти; 3) эмоциональная лабильность. Причем эта совокупность - не застывшее образование, а процесс, имеющий закономерную динамику. На начальных этапах развертывания психоорганического синдрома эмоциональная лабильность проявляется как несвойственная больному ранее «сентиментальность», слезливость («слезы умиления»), возникающие при волнующих, трогательных впечатлениях: теплых воспоминаниях о далеком прошлом, разговорах о детях - словом, о людях, событиях и вещах, которые пациенту особенно дороги. «Когда смотрю телевизор, то могу расчувствоваться прямо до слез. Даже неловко перед близкими», - могут говорить больные. Нарастание эмоциональной лабильности ведет к эмоциональному недержанию и насильственному смеху и плачу, о чем уже говорилось в главе 6 «Патология эмоций (аффективности)». Проявления амнестических расстройств разнообразны: лакунарная, элективная, избирательная, ретроградная, антероградная, фиксационная, прогрессирующая (вплоть до тотальной) амнезии. Они подробно разобраны в главе 7 «Патология

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

сознания». Б.А. Воскресенский (1990) полагал, что дать определение интеллекту весьма сложно, так как это многогранное, интегративное понятие.

По определению психологов и философов, «интеллект» - это способность человека к рациональному, рассудочному (в отличие, например, от интуитивного) познанию. Прежде всего это способность к осмыслению, «схватыванию» ситуации, к умению выделять главное. Это и способность к усвоению, т.е. не просто к накоплению, а к активному овладению знаниями (в самом широком смысле), к умственной деятельности.

Основными признаками снижения уровня интеллектуальной деятельности служат снижение уровня суждений (способности понимать полученные сведения, формировать план действий) и умозаключений (установление отношений и взаимосвязей между явлениями, объектами), а также нарушение критических способностей (по Морозову Г.В., 1998).

Предпосылками к интеллектуальной деятельности служат память, внимание и речь. Однако изолированное высокое развитие какой-либо из этих функций не гарантирует высокого уровня продуктивности интеллектуальной деятельности. Так, известно, что некоторые олигофрены обладают феноменальной механической памятью. Большинство лиц, виртуозно производящих громоздкие математические вычисления и выступающих с этими опытами на эстраде, способны к продуктивной, т.е. творческой интеллектуальной деятельности. Знаменитый мнемо-нист Шерешевский, описанный выдающимся советским нейропсихо-логом А.Р. Лурия в «Маленькой книжке о большой памяти», так и не смог окончить институт, хотя попытки получить высшее образование предпринимал несколько раз. Ригидность, трудная переключаемость внимания у личностей эпилептоидно-эпилептического склада только снижает успешность умственной работы.

Известна «болтливость» некоторых больных с наличием гидроцефалии. При первом знакомстве это может произвести впечатление живости и богатства ума, но в тесном общении с таким пациентом обнаруживается поверхностность, приблизительность суждений, постоянное использование «речевых штампов». Сходные особенности интеллектуальной деятельности описывали психиатры прошлого под названием «салонного слабоумия», свойственного людям психического склада.

Объем, запас знаний также не в полной мере характеризует интеллект, хотя нормально сформированный интеллект подразумевает определенный уровень общей осведомленности. Необходимо специально подчеркнуть, что интеллект - это способность точно и глубоко понимать какую-либо ситуацию, проблему (совсем не обязательно научную), выделять в ней главное и умно, мудро ее разрешать, т.е. создавать определенную «умственную» продукцию. «Народная мудрость» как определенная характеристика интеллекта не подразумевает и даже не требует современных знаний о космосе, но «прохождение» курса самого модного вуза не свидетельствует с непреложностью о высоком интеллекте.

Интеллект иногда отождествляется с мышлением. Мышление - это интеллект в действии, форма выражения, реализации интеллекта (перефразируя предыдущее утверждение, можно сказать, что интеллект - это мышление в потенции). Понятно, что при низком интеллекте, но формально правильно протекающих процессах мышления (по темпу, последовательности, экономичности, целенаправленности и т.д.) интеллектуальная продукция окажется скудной. В клинической практике встречаются расстройства мышления без одновременного нарушения интеллекта: например, упоминавшееся ранее ускорение мышления при мании. Депрессивный больной, человек с тормозными чертами характера, может произвести в первый момент впечатление «не очень умного» за счет своей заторможенности, скованности, неуверенности. По миновании депрессии, при возвращении тревожно-мнительной

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

личности в привычную для нее обстановку, при отсутствии спешки и напряжения такие люди полностью раскрывают свои интеллектуальные возможности, которые, как правило, оказываются значительно выше, чем казалось при первой встрече.

Все эти рассуждения нужны для того, чтобы при исследовании интеллекта не сбиваться на оценку запаса знаний или особенностей мышления. Очевидно, что нередко встречающаяся во врачебных записях фраза: «Интеллект соответствует образованию» далеко не в полной мере характеризует состояние этой психической функции.

Элементарными приемами исследования интеллекта служат задания: 1) на определение (например, что такое храбрость, ложь); 2) на обобщение (например, как объединить одним понятием разных птиц: гуся, утку, орла и т.п., какому общему понятию соответствуют стол, стул, шкаф и т.п.); 3) на различение (например, какая разница между водой и льдом, ребенком и карликом); 4) на комбинаторные способности (элементарные арифметические задачи: сложение, умножение, счет в обратном порядке и т.п.); 5) на установление причинно-следственных отношений (почему ночь сменяется днем; в кого превращается девочка, когда вырастет, и т.п.); 6) на понимание переносного смысла пословиц, метафор (например, к какой ситуации применимо выражение: «Готовь сани летом, а телегу зимой»; какой смысл вкладывают в пословицу: «Не плюй в колодец, пригодится воды напиться»; о ком говорят «золотая голова» и т.п.); 7) на понимание сложных семантико-грамматических конструкций (кем вам приходится отец брата? брат отца? одно ли то же это лицо?); 8) иногда больному предлагают объяснить смысл какой-либо репродукции, картины, специальной серии рисунков (показывая, например, рисунки Х. Бидструпа или репродукции с картин художников-реалистов).
В то же время достаточно полное представление о состоянии интеллекта пациента удается получить, беседуя с ним на темы повседневной жизни. Следует расспросить, как он ведет домашнее хозяйство, распоряжается деньгами, чего и сколько удается купить на зарплату (пенсию); как, из чего он варит суп, готовит второе; каким транспортом он пользуется и многое другое. Как правило, у больных сужается объем внимания, особенно пассивного, этим (наряду с расстройствами памяти) объясняется, в частности, старческая рассеянность. Пример такого нарушения приведен в известном детском стихотворении С.В. Михалкова о старушке, которая потеряла очки и долго-долго разыскивала их, хотя они все время находились у нее на лбу. Нарушением нескольких психических функций объясняется ухудшение ориентировки у больных с психоорганическим синдромом. Это и отмечающееся сужение внимания, и мне-стические расстройства, и затруднение осмысления ситуации в целом.

Органически обусловленные расстройства речи многообразны - от оскудения словарного запаса до дизартрии и афазий. Искажаются волевые процессы - от упрямства как проявления нарастающей инертности психической деятельности до внушаемости, основанной на лабильности эмоций и интеллектуальной сниженности. Прожорливость (булимия), неутолимая жажда (полидипсия), поедание несъедобных веществ, даже нечистот, гиперсексуальность, снижение или искажение полового чувства, бродяжничество и другие расстройства влечений нередко бывают обусловлены органической церебральной патологией. Легкость знакомств и связей, циничность шуток, разговоров и всего поведения, утрата чувства дистанции и такта в общении, вдруг проявившиеся у скромного, серьезного, почтенного ранее человека - так дебютируют иногда некоторые формы прогрессивного паралича, болезни Пика, мозговых опухолей, таков один из вариантов алкогольного снижения личности. Подобная морально-этическая деградация ни в коей мере не должна расцениваться как чисто социальный феномен, как распущенность, она имеет биологические (здесь - прямо-таки грубо органические) основы, клинически выступающие как нарушение

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

влечений и распад наиболее сложной и хрупкой психической структуры - критического отношения человека (пациента) к себе, в том числе и к проявлениям болезни. Собственно интеллектуальное снижение усугубляет все вышеуказанные проявления. Правда, в отдельных случаях интеллектуальные способности в узком смысле могут довольно долго оставаться сохранными. Так испражняющийся под себя больной прогрессивным параличом пишет оригинальную научную статью (пример С.И. Консторума).

Если основное место в структуре психоорганического синдрома занимают негрубые расстройства памяти (прежде всего элективная, избирательная амнезия при церебрально-сосудистой патологии, некоторые варианты Корсаковского синдрома), то больные осознают свой психический дефект, пытаются к нему приспособиться (делают памятные записи, кладут вещи в строго определенное место и т.п.) или же могут сузить круг деятельности в соответствии со своими нынешними ограниченными возможностями. Подобное же отношение к нарастающей болезни, «отход от дел» встречается и при негрубом, постепенно нарастающем интеллектуальном снижении, при высоком преморбидном (доболезнен-ном) уровне осознания собственных возможностей и недостатков.

Исследование отношения пациента к своему заболеванию, конкретным изменениям психической деятельности дает врачу ценный материал для диагностических (клинико-нозологических) размышлений, для оценки тяжести заболевания и глубины изменений личности как при органической, так и при любой другой психической патологии.
Психоорганический синдром может развиваться постепенно или остро. Последний вариант должен особенно настораживать клиницистов при «беспричинном» возникновении. В этом случае следует как можно скорее назначить комплексное неврологическое обследование (консультация невропатолога, нейрохирурга, исследование глазного дна, рентгенография черепа, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, компьютерная томография). Острое или «мерцающее» течение синдрома возможно при сосудистой, опухолевой патологии, опухолеподобных вариантах других органических заболеваний [симптом Г. Штерца (Stertz G., 1930)].

Итак, главное в психоорганическом синдроме - становление и усложнение триады Х. Вальтер-Бюэля. Однако в некоторых случаях психоорганические расстройства могут быть в значительной мере обратимыми: после сосудистых церебральных катастроф, черепно-мозговых травм.

Прекращение алкоголизации, современная и своевременная терапия прогрессивного паралича также приводят к значительному улучшению психического состояния. Общее же направление динамики синдрома - снижение интеллектуально-мнестических функций и нарастание лабильности эмоций. Финалом становится органическое слабоумие, деменция.

Выделяют следующие варианты - стадии психоорганического синдрома.

1. Астенический. Имеются преимущественно субъективно замечаемые нарушения интеллекта и памяти, эмоциональная лабильность, проявления эмоционально-гиперестетической слабости. Больной с трудом справляется с привычным ранее объемом работы, волнуется, теряется при получении нового задания, напряжен в обстановке спешки, повышенной ответственности. Возможны головные боли, вестибулопа-тии и вазопатии. При фиксации взгляда на предметах с резко меняющейся яркостью (просмотр кинофильмов, телепередач, созерцание водной ряби в солнечный день, чередование света и тени за окном при поездке в транспорте, при прогулке в лесу) появляются «неловкое» ощущение, «ломота» в глазах, головная боль, чувство дурноты. Те же ощущения возникают при проверке конвергенции и аккомодации. Плохо переносятся жара, духота. При перемене погоды головные боли,

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

слабость, затруднения умственной деятельности усиливаются (метеочувствительность - симптом Пирогова). Возможны и другие вегетососудистые, нейроэндокринные нарушения. Больные устают от многолюдного и шумного общества, но нередко тяготятся вынужденным сужением контактов. Отдых улучшает их самочувствие.

2. Эксплозивный. На этом этапе обнаруживается отчетливое снижение интеллекта и памяти. Больные, занятые сложным умственным трудом, работой, требующей быстрого переключения, оперативности, явно не справляются со своими обязанностями. В настроении преобладают угрюмость, злобная раздражительность, на фоне которой возникают очерченные дисфорические приступы. Можно отметить, что приступообразность, пароксизмальность расстройств чаще наблюдаются при органической патологии. Таковы многие виды припадков, расстройств влечений, большая часть случаев сумеречного помрачения сознания и др. Каждому человеку наверняка приходилось встречать подобных людей в повседневной жизни, в магазине, в транспорте. Не пытаясь вникнуть в ситуацию, не слушая никаких правил, они в грубой, раздраженной форме отстаивают свою очень узко понимаемую правду, и доказать им необоснованность их требований именно в данном случае совершенно невозможно. Наоборот, всякое противодействие лишь озлобляет их, доводит до агрессии. Соматовегетативные расстройства сохраняются, хотя могут видоизменяться в соответствии с особенностями собственно церебрального органического процесса.

3. Эйфорический.

4. Апатический. На III-IV стадии больные полностью не состоятельны в интеллектуально-мнестическом отношении. По существу, оба эти варианта расцениваются как разновидности слабоумия. Различен лишь эмоциональный фон. Больные или пассивно-благодушны, или полностью безучастны. Критика к своему состоянию отсутствует. В этих случаях речь идет о тотальном (глобальном) слабоумии. Такой пациент на вопрос: «Есть ли болезнь? Как с головой? Хорошая ли память?» - ответит, что все в порядке.
При частичном (парциальном) слабоумии, в основе которого лежат прежде всего расстройства памяти, критика больного к своей несостоятельности сохраняется достаточно долго. Столь же устойчивым оказывается и ядро личности - характерологический склад и морально-этические качества.

Чаще всего на первых этапах психоорганического синдрома характерологические особенности заостряются (усиливается, например, тревожная мнительность, вспыльчивость), а в последующем они нивелируются, как бы растворяются в нарастающем снижении памяти, интеллекта, переформировании эмоциональности и связанным с ними большим или меньшим снижением критики и тонкого нравственного чувства, понимания нюансов человеческих взаимоотношений. Больные все больше становятся похожими друг на друга. Парциальное слабоумие может переходить в тотальное.

В основе этого лежит генерализация деструктивных процессов в мозге, например, возникновение вторичных атрофий как следствие первичного сосудистого церебрального поражения. Отметим некоторые клинические особенности психоорганического синдрома в зависимости от природы и локализации поражения. Разумеется, речь идет лишь о предпочтительности тех или иных расстройств.

При травмах головного мозга наряду с общим ослаблением памяти возможны фиксационная, антероили ретроградная амнезии, складывающиеся иногда в целостный Корсаковский синдром. Для таких больных характерны раздражительность, конфликтность, дисфории. Выражены вегетососудистые дисфункции, головные боли, астения.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Гипертоническая болезнь и церебральный атеросклероз. В клинической картине этих заболеваний большое место занимают астения, вегетососудистые расстройства, головные боли, нарушения сна. Выражена эмоциональная лабильность. Преобладают диагностические явления с критическим к ним отношением. Алкоголизм. Самокритика к нарастающему снижению личности при алкоголизме отсутствует. Важнейшее место занимает морально-этическая деградация. Сама алкоголизация - одно из проявлений расстройств влечений, приобретающее все более насильственный (ком-пульсивный), приближающийся к пароксизмальному характеру.

Пресенильные атрофии сочетают в себе массивные, многообразные расстройства памяти, интеллекта, высших корковых функций. В зависимости от локализации процесса на отдельных этапах заболеваний этой группы могут преобладать вялость, аспонтанность или морально-этическое снижение (в представленном выше понимании), характерологические расстройства.

С целью объективизации снижения уровня личности и выраженности слабоумия в клинической практике используется квантификацион-ная шкала MMSE (Mini-Mental State Examination) (таблица).

Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)

Когнитивная сфера	Оценка, баллы	Исходно	Посещение		
			1-е	2-е	3-е
Ориентировка во времени Назовите год, время года, число, день недели, месяц	0-5				
Ориентировка в месте Где мы находимся (страна, область, город, клиника, этаж)?	0-5				
Восприятие Повторение 3 слов: яблоко, стол, монета	0-3				
Концентрация внимания и счет Серийный счет («от 100 отнять 7») 5 раз либо произнесение слова «земля» наоборот	0-5				
Память Припомните 3 слова (см. п. «Восприятие»)	0-3				
Речевые функции а) название предметов (ручка, часы);	0-2				
б) повторение сложного предложения: «Никаких если, и или но»;	0-1				
в) 3-этапная команда: «Возьмите правой рукой лист бумаги,	0-3				

Окончание табл.

КОГНИТИВНАЯ СФЕРА	Оценка, баллы	Исходно	1-е посещение	2-е посещение	3-е посещение
сложите его вдвое и положите на стол»;					
г) прочтите и выполните: «Закройте глаза»;	0-1				
д) напишите предложение;	0-1				
е) срисуйте рисунок	0-1				
Общий балл	0-30				
Степень тяжести деменции					

Интерпретация результатов. Результат теста получается путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем ниже результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит. По данным разных исследователей, результаты теста могут иметь следующее значение: 28-30 баллов - нет нарушений когнитивных функций, 24-27 баллов - легкие (преддементные) когнитивные нарушения, 20-23 балла - деменция легкой степени выраженности, 11-19 баллов - деменция умеренной степени выраженности, 0-10 баллов - тяжелая деменция.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Инструкция пользования шкалой

1. *Ориентировка во времени.* Больного просят полностью назвать год, время года, дату, день недели, месяц. Максимальный балл (5) ставят, если больной самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставят 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если больной называет только число, спрашивают: «какого месяца?», «какого года?», «какой день недели?». Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.
2. *Ориентировка в месте.* Больному задают вопрос: «Где мы находимся?» Если больной отвечает неполностью, задают дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, этаж. Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на 1 балл.

3. *Восприятие.* Дают инструкцию: «Повторите и постарайтесь запомнить 3 слова: яблоко, стол, монета». Слова нужно произносить максимально разборчиво со скоростью 1 слово в секунду. Правильное повторение каждого слова больным оценивают в 1 балл. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы испытуемый правильно их повторил (максимально до 5 раз), однако оценивается в баллах лишь первое повторение.

4. *Концентрация внимания.* Просят последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно 5 вычитаний (до результата «65»). Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Если пациент не способен выполнить это задание, его просят произнести слово «земля» наоборот. Каждая ошибка снижает оценку на 1 балл. Например, если произносится «ямлез» вместо «ялмез» ставят 4 балла; если «ялмзе» - 3 балла и т.д.

5. *Память.* Больного просят вспомнить слова, которые заучивались в п. 3. Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл.

6. *Речевые функции:*

а) показывают больному ручку и спрашивают: «Что это такое?», аналогично - часы. Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл;

б) просят больного повторить вышеуказанную сложную в грамматическом отношении фразу. Правильное повторение оценивают в 1 балл;

в) устно дают команду, которая предусматривает последовательное совершение 3 действий. Каждое действие оценивается в 1 балл;
г) дают письменную инструкцию (например, «Закройте свои глаза»); больного просят прочитать ее и выполнить. Инструкция должна быть написана достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги;

д) больной должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. Предложение должно содержать подлежащее и сказуемое, а также иметь смысл. При этом правильность грамматики и пунктуации не оценивается;

е) больному дают образец (2 перекрещенных пятиугольника с равными углами и сторонами примерно 2,5 см), который он должен перерисовать на чистой нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или линии не соединены, выполнение задания считается неправильным. При этом не учитываются искажения фигур, обусловленные тремором.

Патология речи (афазия)

Под афазией (от греч. *a* - отрицание, *phasis* -речь) понимается нарушение речи, характеризующееся полной или частичной утратой способности понимать чужую речь

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

или пользоваться словами и фразами для выражения своих мыслей. Появление афазии обусловлено поражением коры доминантного полушария головного мозга при отсутствии расстройств артикуляционного аппарата и слуха.

На практике выделяют наиболее часто встречающиеся виды афазий.

Амнестическая афазия проявляется нарушением способности называть предметы при сохраненной возможности их охарактеризовать. Если больному подсказывают начальный слог или букву, он может вспомнить нужное слово.

Моторная афазия (афазия Брока) проявляется в нарушении активной речи при сохранении понимания устной и письменной речи. Выделяют корковую, субкортикальную и транскортикальную моторную афазию.

Сенсорная афазия проявляется утратой способности понимания речи при сохранении активной речи.
Сенсорная корковая афазия (афазия Вернике, словесная глухота) - афазия с вторичным нарушением экспрессивной речи (логорея, вербальные парафазии). Наблюдается при локализации очага поражения в заднем отделе верхней височной извилины коры доминантного полушария головного мозга.

Субкортикальная сенсорная афазия проявляется в нарушении понимания устной речи, невозможности повторения сказанных больному слов и письма под диктовку при сохранности экспрессивной устной и письменной речи, понимания прочитанного. Возникает при поражении белого вещества головного мозга непосредственно под сенсорной речевой зоной доминантного полушария.

Сенсорная транскортикальная афазия проявляется нарушением понимания устной речи при сохраненной возможности повторения сказанного другим лицом. Наблюдается при поражении проводящих путей между задней и средней частями верхней височной извилины (зона Вернике) и другими областями коры головного мозга.

Смешанная афазия характеризуется сочетаниями отдельных проявлений моторной и сенсорной афазии.

Тотальная афазия - сочетание моторной и сенсорной афазии с утратой речи во всех ее проявлениях. Наблюдается в основном при острых нарушениях мозгового кровообращения.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Источник KingMed.info

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. - М.: Медицина, 1975.

Анфимов Я.А. Психология «Я» и самосознание. Психиатрические очерки // Психиатрическая газета. - 1917. - № 1.

Анфимов Я.А. Учение о бреде душевнобольных // Русский врач. - 1913. - № 34-36.

Анфимов Я.А. Периодическая усталость, леность (апатия) и периодические психозы // 20-летие Общества научной медицины и гигиены при Харьковском университете. - Харьков, 1899. - С. 37-53.

Балинский И.М. Записи по психиатрии: В 2 ч. - СПб., 1858-1859.

Бехтерев В.М. Боязнь покраснеть // Обозрение психиатрии. - 1897. - № 1. - С. 23-24.

Бехтерев В.М. Классификация душевных болезней. - Казань, 1891.

Бехтерев В.М. Общение. Основы рефлексологии. - Пг., 1918.

Вайтбрехт Х. Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы // Клиническая психиатрия / под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. - М., 1967. - С. 59-102.

Ветроградова О.П. К вопросу о шизофрении с синдромом вербального галлюциноза // Проблемы шизофрении. - М., 1962. - Т. 1.

Воробьёв В.Ю. Об одном из вариантов юношеской шизофрении, протекающей с преобладанием явлений деперсонализации // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1971. - Вып. 8. - С. 1224-1232.

Воскресенский Б.А. Общая психопатология: учебно-метод. пособие. - М., 1990. - С. 69.

Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. - М., 1933. - С. 143.

Ганнушкин П.Б. Острая паранойя (Paranoia acuta). Клиническая сторона вопроса: Диссертация. - М., 1904.

Гиляровский В.А. Бред // Большая медицинская энциклопедия. - М., 1958. - Т. IV. - С. 330-338.

Гиляровский В.А. Психиатрия: руководство для врачей и студентов. - 3-е изд. - М.; Л., 1938. - 773 с.

Гиляровский В.А. Речь и мышление больных шизофренией // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1957. - Вып. XI. - С. 1448-1354.
Гиляровский В.А. Учение о галлюцинациях. - М., 1949. - С. 197.

Горизонтов П.Д., Майзелис М.Я. Значение конституции для развития болезней // Руководство по патологической физиологии. - М., 1966. - Т. 1. - С. 286.

Гризингер В. Душевные болезни / под ред. Ф. Овсянникова; пер. с нем. - СПб.: Изд. З.В. Ковалевского, 1881.

Гуревич М.О. Психиатрия. Учебник для студентов. - М., 1949.

Евлахова Э.А. Типы шизофренического мышления // Материалы II Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. - М., 1936. - С. 178-182.

Жане П. Неврозы и фиксированные идеи. - СПб., 1903. - С. 428.

Жане П. Психический автоматизм. - М., 1913.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия: Учебник. - М.:

Медицина, 1989. - С. 496. *Жислин С.Г.* Очерки клинической психиатрии. - М.: Медицина, 1965. - С. 320.

Каменева Е.Н. Шизофрения. Клиника и механизмы шизофренического бреда. - М., 1957. - 195 с.

Кандинский В.Х. К вопросу о галлюцинациях // Медицинское обозрение. - 1880. - № 6.

Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях: критико-клинический этюд. - СПб.: Изд. Е. Кандинской, 1890.

Каннабих Ю.В. Циклотимия, ее симптоматология и течение: Диссертация. - М.: Тип. С. Яковлева, 1914.

Каннабих Ю.В. История психиатрии. - М., 1929.

Клиническая психиатрия: в 2 т. / под ред. Г. Каплана, Б. Сэдока; пер. с англ. - М., 1994.

Конторум С.И. и др. Шизофрения с навязчивостями // Труды института им. П.Б. Ганнушкина. - М., 1936. - С. 57-91.

Корсаков С.С. К вопросу об острых формах умопомешательства: доклад на IV съезде русских врачей в память Н. И. Пирогова. - М., 1891.

Корсаков С.С. Курс психиатрии. - 2-е изд. - М., 1901. - Т. 2.

Корсаков С.С. Об алкогольном параличе (Paralysis alcoholica, paraplegia alcoholica). - М., 1887.

Корсаков С.С. Расстройство психической деятельности при алкогольном параличе и отношение его к расстройству психической деятельности при множественных невритах неалкогольного происхождения // Вестник клинической психиатрии и невропатологии. - М., 1887. - Т. IV, № 2. - С. 1-101.
Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия. - Петербург, 1909. - 430 с.

Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. - СПб., 1902.

Кронфельд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии // Труды института им. П.Б. Ганнушкина. - М., 1940. - Вып.5. - С. 5-147.

Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. - М.: Медицина, 1964. - 115 с.

Меграбян А. Деперсонализация. - Ереван, 1962. - С. 355.

Меграбян А.А. Общая психопатология. - М.: Медицина, 1972.

Морозов В.М. К вопросу о бреде воображения // Материалы 6-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. - М., 1975. - Т. 31. - С. 86-87.

Морозов В.М. К вопросу о психопатиях // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1963. - Вып. 1. - С. 141-144.

Морозов В.М. К вопросу о сверхценных идеях // Труды психиатрической клиники 1-го Моск. мединститута (Памяти П.Б. Ганнушкина). - М.-Л., 1934. - Вып. 4. - С. 338-348.

Морозов В.М. О взаимных связях бредовых симптомокомплексов с синдромом Корсакова // Труды института им. П.Б. Ганнушкина. - М., 1939. - Вып. 3. - С. 278.

Морозов В.М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. - М.: Медгиз, 1961. - С. 267.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Морозов В.М. Учение П.Б. Ганнушкина о малой психиатрии // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1986. - Вып. 5. - С. 784.

Морозов В.М., Наджаров Р.А. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1956. - Вып. 2. - С. 937-941.

Морозов В.М., Овсянников С.А. Дидактика последипломного обучения психиатрии // Журн. неврологии и психиатрии. - 1996. - Вып. 3.

Морозов В.М., Овсянников С.А. К концептуальной истории эндогении и экзогении в психиатрии // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1991. - Вып. 10.

Морозов В.М., Овсянников С.А. Понятие ретификации в психиатрии и социологии // Журн. неврологии и психиатрии. - 1996. - Вып. 1. *Морозов Г.В., Шумский Н.Г.* Введение в клиническую психиатрию. - Н. Новгород, 1998.

Морозов П.В. Юношеская шизофрения с дисморфофобическими расстройствами (клинико-катамнестическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1977.

Морозов П.В. Классификация психических заболеваний. Многоцентровое исследование : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1990.

Ноишевский К. Псевдогаллюцинации зрения // Труды IX Пироговского съезда. - СПб., 1906. - Т. VI. - С. 191.

Овсянников С.А. История и эпистемология пограничной психиатрии / предисловие В.М. Морозова. - М.: Альпари, 1995. - 210 с.

Овсянников С.А. Проблема психиатрической нозологии и систематики в прошлом и настоящем. Сообщение 1 // Реферативный сборник ВИНИТИ. - Сер. Психиатрия. - М., 1998. - С. 3-8.

Овсянников С.А. Проблемы психиатрической нозологии и систематики в прошлом и настоящем. Сообщение 2 // Реферативный сборник ВИНИТИ. - Сер. Психиатрия. - М., 1999. - № 7. - С. 3-7.

Овсянников С.А., Морозов П.В. Проблема систематики в психиатрии // Современная психиатрия. - 1999. - № 1. - С. 3-7.

Овсянников С.А., Цыганков Б.Д. К проблеме систематики в психиатрии // XIV съезд психиатров России: материалы съезда. - М., 2005. - С. 104.

Овсянников С.А., Цыганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. - М.: Триада, 2001. - 100 с.

Озерецковский Д.С. Навязчивые состояния. - М., 1950.

Оршанский И.Г. Учебник общей психопатологии. - Харьков, 1910. - С. 389.

Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. - Берлин, 1923. - 737 с.

Осипов В.П. Определение понятия навязчивых идей и их происхождение // Отдельный оттиск журнала «Научная медицина». - 1919. - № 2.
Осипов В.П. Признак сухого языка у циклофреников // Сов. невропатология, психиатрия и психогигиена. - 1933. - Т. II, вып. 5. - С. 12-16.

Павлов И.П. 20-летний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности. - М.: Госиздат, 1923.

Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. - М.: Медицина, 1983. - 417 с.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Источник KingMed.info

Пападопулос Т.Ф. Психопатология и клиника приступов периодической шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1966.

Пападопулос Т.Ф. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снеж-невского. - М., 1983. - Т. 1. - С. 422-433.

Перельман А.А. К учению о комплексе Клерамбо-Кандинского // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1931. - Вып. 3.

Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств: руководство для врачей. - М., 1996. - 135 с.

Попов Б.А. О патофизиологических механизмах кататонических моторных расстройств // Труды ЦПНИ. - 1937. - № 8.

Попов Е.А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. - Харьков, 1941.

Попов Н.М. Лекции по общей и частной психопатологии. - Казань, 1897-1898.

Портнов А.А. Общая психопатология. - М.: Медицина, 2004. - 270 с.

Протопопов В.П. Соматический синдром, наблюдаемый в течении маниакально-депрессивного психоза // Научная медицина. - 1920. - № 7. - С. 721-749.

Психиатрические экспертизы С.С. Корсакова. - М., 1902. - Вып. 1. - С. 33-60.

Роттштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения. - М., 1961. - 138 с.

Рыбаков Ф.Е. // Труды психиатров Клиники Императорского московского университета. - М., 1914. - № 2. - С. 7-39.

Семке В.Я. Истерические состояния. - М.: Медицина, 1988. - 221 с.

Семке В.Я., Цыганков Б.Д., Одарченко С.С. Пограничная геронтопси-хиатрия. - М.: Медицина, 2006. - 526 с.

Сикорский И.А. Основы теоретической и клинической психиатрии. - Киев, 1910. - С. 48-60.

Случевский Ф.И. Атактическое мышление и шизофазия. - Л.: Медицина, 1975. - С. 158.

Снежневский А.В. Общая психопатология // Руководство по психиатрии: в 2 т. - М.: Медицина, 1983. - Т. 1. - С. 16-80.

Снежневский А.В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1960. - Вып. 1. - С. 91-108.

Соцков В.Г. Сумеречное помрачение сознания, вызванное передозированием индометацина // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1991. - Вып. 5. - С. 97-99.

Стоянов С.Т. Онейроидный синдром в течении периодической шизофрении. - София, 1968. - 242 с.

Суханов С.А. Патологические характеры. - СПб., 1912. - 380 с.

Суханов С.А. Семиотика душевных заболеваний. - М., 1905. - Т. 1-2.

Тепеницина Т.Н. О психологической структуре резонерства // Вопросы экспериментальной патопсихологии. - М., 1965. - С. 68-81.

Тиганов А.С. Руководство по психиатрии: в 2 т. - М.: Медицина, 1999. - Т. 1. - С. 27-78.

Ушаков Г.К. Семиология галлюциноидов и систематика галлюцинаций // Журн. невропатологии и психиатрии. - 1969. - Вып. 7. - С. 1051- 1056.

Фаворина В.Н. К клинике и психопатологии онейроидной кататонии //

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Журн. невропатологии и психиатрии. - 1956. - Вып. 12. - С. 942. *Фрейд З.* Я и Оно. - Л., 1924.

Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. - М., 2005.

Цыганков Б.Д. Влияние злокачественного нейролептического синдрома на течение приступов шизофрении // Проблемы неотложной психиатрии. - М., 1985. - С. 119-124.

Цыганков Б.Д. Клиника и терапия затяжных приступов шизофрении: Автореф. дис. . канд. мед. наук. - М., 1979.

Цыганков Б.Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. - М., 1997. - 231 с.

Цыганков Б.Д. К клинической дифференциации ургентных состояний при шизофрении // Актуальные проблемы клиники, лечения и социальной реабилитации психически больных. - М., 1982. - С. 104- 106.

Цыганков Б.Д., Агасарян Э.Г. Анализ эффективности и безопасности современных и классических антипсихотических препаратов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - Т. 106. - 2006. - № 9. - С. 64-67.

Цыганков Б.Д., Агасарян Э.Г. Сравнение эффективности и безопасности типичных и атипичных нейролептиков (по данным зарубежной литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2006. - № 2 (40). - С. 87-93.

Цыганков Б.Д., Вильянов В.Б. Клинико-терапевтический патоморфоз параноидной шизофрении. - Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2005. - 228 с.

Цыганков Б.Д., Хритинин Д.Ф., Барыльник Ю.Б. Психические и аддик-тивные нарушения у безнадзорных несовершеннолетних. - М., 2005. - 300 с.

Цыганков Б.Д. и др. Оформление и ведение истории болезни в психиатрическом и наркологическом стационаре. - М.: МГМСУ, 2005. - 116 с.

Чиж В.Ф. Кататония // Обзор психиатрии. - 1903. - Вып. 2. - С. 827.

Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. - Л.: Медицина, 1967. - 277 с.

Эглитис И.Р. Сенестопатии. - Рига: Знание, 1977. - 183 с.

Юдин Т.П. Психопатические конституции. - М.: Изд. Сабашниковых, 1926. - 166 с.

Babinski I. D'emembrement de l'historie traditionelle pithiatism. - Paris, 1909.

Babinski I., Froment J. Hysterie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre rex-lexe en neurology de la querte. - Mason, 1917. - P. 20.

Baillarger M. Quelques consideration sur la monomanie // Annales med. Psych. - 1846. - T. VIII. - P. 8-18, 157-169.

Baillarger M.L. Extrait d'um memoire intitule' des hallucinations, des cauxs qui les produicont et des maladies quelles caracterisent. - Paris, 1846.

Berze J. Das Schizoid // Zeitchr. Ges. Neurol. Psych. - 1935. - Bd. 135. -P. 600-621.

Berze J. Die primäre insuffizienz psychiatrischen Aktivität. - Berlin, 1914.
Berze J. Störungen des psychischen Antriebs. - Berlin, 1929.

Berze J. Zur Phänomenologie und zur Theorie des Beziehungswahns // Allg. Z. F.

Psych. - 1926. - Bd. 84. *Bleuler E.* Affektivität, Suggestivität u. Paranoia. - Halle, 1906. - 1405 P. *Bleuler E.* Das Autistisch - undisziplinierte Denken // Jahrbuch für

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Psychoanalit. und Psychopatholog. - Berlin, 1912. *Bleuler E.* Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. - Leipzig-Wien, 1911.

Bleuler E. Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie // Ztschr. Ges.

Neurol. Psychiat. - 1922. - Bd. 78. - P. 373-399. *Bleuler E.* Extrakampine Halluzinationen // Psych. neurol. Wschr. - 1903. *Bleuler E.* Lehrbuch der Psychiatrie. - Berlin, 1916. *Bonhoeffer K.* // Allg. Med. Centralztg. - 1908. - № 45. *Bonhoeffer K.* Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen. - Berlin, 1912. *Brown J.* Elementa medicine. - Edinburg, 1790.

Bumke O. Über die materiellen Grundlagen der Bewusstsein - Erscheinungen //

Psychol. Forschungen. - 1923. - № 3. - P. 272-281. *Bumke O.* Lehrbuch der Geisteskrankheiten. - Berlin, 1929. *Charkot J.M.* Oeveres completes. - Paris, 1887. - T. III. *Charcot J.M.* Lecons du Mardi a la Salpetriére. - Paris, 1889. *Charcot J.M.* Lecons du Mardi a la Salpetriére. - Paris, 1892. *Clerambault G.G.* Psychoses à base d'automatisme et syndrome d'automatisme //

Ann. Méd. Psych. - 1927. - V. 1. - P. 193-236. *Conrad K.* Das Problem der «nosologischen Einheit» in der Psychiatrie // Der

Nervenarzt. - 1959. - Nov. - Heft 11. - P. 488-494. *Cordes E.* Einiges Über Platzangst // Arch. Psych. und Nervkrank. - 1879. - Bd X. - P. 48-82.

Dreyfus G. Die Melancholie - ein Zustand des manisch-depressiven

Irreseins. - Berlin: Verl. von G. Fischer, 1907. *Dugas L.* Un cas de deperonalisation // Revue philos. - 1898. - T. XXIII, № 5. - P. 600-607.

Dugas L., Moutier K. Depersonalisation et emotion // Revue philos. - 1910. -

V. 11. - P. 441-460. *Dugas L., Moutier K.* La depersonalization et la perception exteieure // Journ.

De psych. norm. et path. - 1910. - P. 481-498. *Dupre E.* Traité de pathologie mentale - Ballet. - Paris, 1900. *Dupre E., Camus P.* Les senesthopathies // Encephale. - 1907. - V. 1. - P. 616.

Dupre E., Logre B. Les psychoses imaginative augues // Ann. Med. Psychol. -

1914. - № 8-9. - P. 114-169. *Falret M.J.* Folie raisonnante // Ann. Med. Psychologiques. - 1866. - T. VII. - S. 382-426. *Flemming K.* Über Klassifikation der Seelenstörungen // Allg. Ztschr. Fortschr. Psych. - 1844.

Flemming K. Über Precordialangst // Allgem. Ztschr. F. d. g. Psych. - 1848. -

Bd. 30. - P. 341-361.

Gaupp R. Der Fall Wagner Ztschr. - 1920. - Bd. 82.

Gaupp R. Krankheit und Tod des paranoischen Massenmörders Hauptlehrer Wagner. Eine Epikrise // Z. ges. Neurol. Psychiat. - 1938. - Bd. 163. - S. 48.

Gaupp R. Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia // Zbl. F. N. und Psych. - 1910. - Bd. 33.

Glatzel J. Allgemeine Psychopathologie. - Stuttgart, 1978. - 264 s.

Glatzel J. Endogene Depressionen. 2 Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag, 1982. - 222 s.

Goldstein K. Weitere Bemerkungen zur Theorie der Halluzinationen //

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Z. Neurol. - 1880. - Bd. 14. *Griesinger W.* Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. - Stuttgart, 1845.

Haug K. Depersonalisation und verwandte Erscheinungen / Hang B. d.

Geisterkr. / hrsg. V. O. Bumke. - Berlin, 1939. - Bd.1. *Haug K.* Die Störungen des Persönlichkeitsbewustseins. Stuttgart, 1936. - 211 s.

Gruhle H. Das Wesen des Bewusstseins // Z. f. d. ges. N. u. P. - 1931. -

Bd. 31. - P. 78-89. *Hoche A.* Die Bedeutung der Symptomocomplexe in der Psychiatrie // Z. Neurol. - 1912. - Bd. 12.

Hoche A. Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, unter Mitwirkung von Aschaffenburg. - Schultze; Wollenberg; Berlin, 1901.

Jackson J.H. The factors of insanities. - London, 1894 / Sel. Writtings ed. Taylor. - 1932. - V. 11.

Jackson J.H. Selected Writings of John H. Jackson. - London, 1932.

Jahrreis W. Störungen des Denkens // Bumke's Handbuch Geisteskranken. - 1928. - Bd. 1.

Janet P. L'automatisme psychologique. - Paris, 1894.

Janet P. Les obsessions et la psychasthenie. - Paris, 1903.

Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. - Berlin, 1913.

Kielholz P. Masked depression. - Berne; Stuttgart; Vienna, 1973.

Kleist K. Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. - Leipzig, 1908.

Kleist K. Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Störungen. - Leipzig, 1909.

Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins // Ztschr. Ges. Neurol.

Psych. - 1920. - Bd. 62. - P. 1-29. *Kraepelin E.* Einleitung in Psychiatrische Klinik. - Lepzig, 1900. *Kraepelin E.* Lehrbuch der Psychiatrie. - VI. Aufl. - Leipzig: A. Barth, 1899. *Kraepelin E.* Psychiatrie. - V Aufl. - Leipzig: A. Barth, 1896. *Kraepelin E.* Psychiatrie. - VIII Aufl. - Leipzig, 1909-1915. - Bd. 1-4. - 1915 s. *Krafft-Ebing R.* Lehrbuch der Psychiatrie. - Berlin, 1897. *Kraft-Ebing R.* Psyhopathia sexualis. - 10 Aufl. Stuttgart: Verlag von Enke, 1898.

Kraus F. Die Allgemeine in specielle Pathologie der Person. - Leipzig, 1919.

Kretschmer E. Körperbau und Charakter. - Berlin, 1921.

Kretschmer E. Über Hysterie. - Berlin, 1923.

Krieshaber R. De la neuropathie cerebrocardiaque. - Paris, 1873.

Kronfeld A. Einiqe Bemerkungen über Schzophrenie // Nervenarzt. - 1928. - Bd. 53, № 1. - P. 46-51.
Legrand du Saulle. La folie du doubt (avec delire du toucher). - Paris, 1875.

Magnan V. Lecon cliniques sur les maladies mentales. - Paris, 1897.

Mayer-Gross W. Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform: psychopathologisch-klinische Untersuchungen. - Berlin: Springer, 1924.

Mayer-Gross W., Slater E. A., Roth M. Clinical Psychiatry. - London, 1954. *Meduna L.* Oneirophreniate Confused State. - Urbana, 1950. *Meschede Fr.* Über krankhafte Fragesucht // Allg. Ztschr. F. Psych. - 1872. - Bd. 28. - P. 290-411.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua

Meynert T. Die akuten (halluzinatorischen) Formen des Wahnsinns. - Wien, 1881.

Meynert T. Klinische Vorlesung über Psychiatrie. - Wien, 1890.

Morel B. Du délire émotif, névrose du systeme nerveux ganglionnaire visceral // Archives générales de Med. - Paris, 1866.

Offner M. Das Gedächtnis. - III Aufl. - Berlin, 1913. - S. 21.

Papez J.W. (1937) A proposed mechanism of emotion // J. Neuropsych. Clin. Neurosci. - 1995. - Winter. - Bd. 7, № 1. - P. 103-112.

Schilder P. Wahn und Erkenntnis. - Berlin, 1918.

Schneider K. Die psychopathischen Persönlichkeiten. - Leipzig, 1923.

Stertz G. Die Beziehungen von Krankheitsprozess und Krankheitserscheinungen // Ztschr. Neurol. und Psychiat. - 1930. - Bd. 127.

Störring H. Disturbances of personality Consciousness in Manic Depressive Psychoses // The ear Book of Neurol and Psych. - 1939. - P. 403-408.

Walter-Büel H. Die Psychiatrie der Hirngeschwülste und die cerebralen Grundlagen psychischer Vörgänge. - Wien, 1951.

Weigandt W. Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. - München, 1899.

Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie. - Leipzig, 1900. *Wernicke C.* Über fixe Ideen // Dtsch. Med. Wschr. - 1892. - Bd. 25. - P. 581. *Wieck H.* Zur Klinik der sogenannten symptomatischen Psychosen // Dtsch. med. Wschr. - 1956. - № 34.

Безкоштовні книги тут
https://t.me/medicalbooksua